Benutzerhandbuch
für das

elektronische Kommunikationsservice
(eKOS)



Version Rel 23a

Gültig ab: Mai 2023

Ist vom Techniker des GIN Zugangs-Providers auszufüllen:

Adresse der GINA-Box:	
Standard Gateway:	
IP-Adresse des e-card Routers:	
IP-Adresse des Kartenlesegeräts:	
Client IP:	**10.23_._ _ _._ _ _**

Hinweis

Alle nachfolgenden Formulierungen gelten gleichermaßen für Frauen und Männer. Um die Verständlichkeit und die Lesbarkeit des Handbuches zu erleichtern, wurden im Text männliche Formulierungen verwendet.

Copyright

Dieses Handbuch wird im Rahmen der bestehenden Vertragsbeziehungen zur Nutzung des e-card Systems und der dieses System nutzenden Services der österreichischen Sozialversicherung übergeben. Es darf außerhalb bestehender Verträge oder außerhalb dieses Systems nicht verwendet werden. Bestimmungen, die über bestehende Vertragsbeziehungen hinausgehen oder von diesen abweichen, werden durch dieses Handbuch nicht geschaffen.

Das aus vier abgestuften Bögen bestehende Kennzeichen für kontaktloses Auslesen ist ein Markenzeichen von EMVCo, LLC. und wird mit deren Erlaubnis verwendet.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2023 Dachverband der Sozialversicherungsträger

Inhaltsverzeichnis

1. eKOS – Elektronisches Kommunikationsservice 5
1.1 Vorstellung des elektronischen Kommunikationsservices 5
1.2 Vorteile für Vertragspartner und Patienten 6
2. Elektronisches Kommunikationsservice starten 7
3. Antrag erfassen 9
3.1 Menüeintrag wählen 9
3.2 Antrag erfassen 10
3.2.1 Antragsdaten erfassen 10
3.2.2 Antragsdaten für EKVK-Patienten erfassen 13
3.3 Medizinische Daten erfassen 16
3.3.1 Allgemeine Daten für alle Leistungsarten 16
3.3.2 Weitere medizinische Daten in Abhängigkeit der Leistungsart 17
3.4 Verordnung erfassen 19
3.4.1 Verordnungen mit Katalogleistungsauswahl 19
3.4.2 Verordnungen ohne Katalogleistungsauswahl 23
3.4.3 Weitere Verordnungsinformationen in Abhängigkeit der Leistungsart 24
3.5 Zusammenfassung des Antrags 27
3.5.1 Verordnung hinzufügen 28
3.5.2 Anlagen hinzufügen 28
3.5.3 Optionale Daten erfassen 29
3.5.4 Antrag übermitteln 32
4. Antrag nacherfassen 35
4.1 Menüeintrag wählen 35
4.2 Antrag nacherfassen 36
4.2.1 Antragsdaten erfassen 36
4.2.2 Antragsdaten für EKVK-Patienten erfassen 38
4.3 Medizinische Daten erfassen 38
4.3.1 Allgemeine Daten für alle Leistungsarten 38
4.3.2 Weitere medizinische Daten in Abhängigkeit der Leistungsart 39
4.4 Verordnung erfassen 39
4.5 Zusammenfassung des nacherfassten Antrags 40
5. Antrag mittels Code abfragen 42
5.1 Menüeintrag wählen 42
5.2 Antrag mittels Code abfragen 42
5.2.1 Antrag einsehen 44
5.2.2 Details zur Leistung einsehen 44
5.2.3 Antragsdaten einsehen 44
5.2.4 Antragsanlagen einsehen 44
5.2.5 Terminvereinbarung bestätigen / widerrufen 44
5.2.6 Leistungen übernehmen / widerrufen 44
5.2.7 Evidenzdaten einsehen / Antwort erfassen 44
5.2.8 Stornieren des Antrags 44
5.2.9 Drucken des Informationsblattes zur elektronischen Zuweisung 44
6. Eigene (Erstellte/Verordnete/Übernommene) Anträge suchen 45
6.1 Menüeintrag wählen 45
6.2 Eigene Anträge suchen 45
6.3 Suchergebnisse 48
6.3.1 Antrag einsehen 49
6.3.2 Details zur Leistung einsehen 50
6.3.3 Antragsdaten einsehen 50
6.3.4 Antragsanlagen einsehen 50
6.3.5 Terminvereinbarung bestätigen / widerrufen 50
6.3.6 Leistungen übernehmen / widerrufen 50
6.3.7 Evidenzdaten einsehen / Antwort erfassen 50
6.3.8 Stornieren des Antrags 50
6.3.9 Drucken des Informationsblattes zur elektronischen Zuweisung 50

7. Antrag einsehen 51
7.1 Details zur Leistung einsehen 55
7.2 Antragsdaten einsehen 57
7.3 Antragsanlagen einsehen 58
7.4 Terminvereinbarung bestätigen / widerrufen 58
7.5 Leistungen übernehmen / widerrufen 62
7.6 Evidenzdaten einsehen / Antwort erfassen 66
8. Antrag stornieren 68
9. Antrag drucken 69
10. Abbildungsverzeichnis 73
11. Anhang 74
11.1 Fehlermeldungen 74
11.2 Glossar 74
11.3 Liste der KV-Träger 80
11.4 Liste der Fachgebiete 80
11.5 Liste wichtiger Staatencodes 80
11.6 Tastenkombinationen (Shortcuts) 80
12. Eigene Notizen 81

1. eKOS – Elektronisches Kommunikationsservice

1.1 Vorstellung des elektronischen Kommunikationsservices

Das elektronische Kommunikationsservice (in der weiteren Dokumentation nur noch kurz eKOS genannt) ermöglicht Ihnen, Zuweisungen elektronisch zu erfassen bzw. abzufragen. Vertragspartner, die gemäß e-card System mit zumindest einem KV-Träger (oder der KFA-Wien) in einem kurativen Vertragsverhältnis stehen, sind berechtigt, eKOS zu nutzen.

Versionshinweis!

Zum Einführungszeitpunkt wird das elektronische Kommunikationsservice ausschließlich folgende Zuweisungsarten umfassen:

- Zuweisung zur Computertomographie (CT)
- Zuweisung zur Magnetresonanztomographie (MR)
- Zuweisung zur humangenetischen Untersuchung (HUM)
- Zuweisung zur klinisch psychologischen Diagnostik (KPD)
- Zuweisung zur nuklearmedizinischen Untersuchung (NUK)
- Zuweisung zur Knochendichtemessung (KDM)

Die nächsten vorgesehenen Leistungsarten sind:

- Zuweisung zur Röntgen-Therapie (RÖ-T)
- Zuweisung zur Röntgen / Sonographie (RÖ/SO)

Aktuelle Informationen bzgl. Pilotierung und Rollout finden Sie auf www.sozialversicherung.at/eKOS.

Weitere überweisungs-, verordnungs-, einweisungs-, anweisungs- und zuweisungspflichtige Module (z. B.: Heilbehelfe und Hilfsmittel, etc.) werden sukzessive ergänzt.

Ob der Antrag einer **Bewilligungspflicht** unterliegt oder nicht, wird vom System **automatisch** aufgrund der übermittelten Daten erhoben.

Je nach Prüfergebnis werden dem Antrag dafür unterschiedliche Statusmeldungen hinzugefügt, welche durch alle zur Abfrage berechtigten Nutzer abgefragt werden können. Wurde ein Antrag als bewilligungspflichtig bewertet, wird dieser automatisch zur Bearbeitung an den leistungszuständigen Krankenversicherungsträger des Patienten übermittelt.

eKOS unterstützt neben den verordnenden auch die leistungserbringenden Vertragspartner. Verordnete Leistungen eines Antrags können von berechtigten Vertragspartnern abgefragt und bei Bewilligungsfreiheit oder entsprechendem Bewilligungsergebnis als „übernommen“ gekennzeichnet werden.

eKOS kann für Patienten, die bei folgenden Krankenversicherungsträgern versichert sind, genutzt werden: ÖGK, SVS-GW, SVS-LW, BVAEB-EB, BVAEB-OEB und KFA-Wien

1.2 Vorteile für Vertragspartner und Patienten

- Für die Erstellung einer e-Zuweisung sind keine (trägerspezifischen) Drucksorten mehr erforderlich.
- Die enthaltenen e-Zuweisungsdaten sind e-card geprüft, leserlich, vollständig und aktuell (z. B.: nach Bewilligungsstatusänderung).
- Die Frage nach der Bewilligungspflicht wird von der eKOS-Applikation übernommen und bedarf keiner weiteren Aktionen durch Patient oder Vertragspartner.
- Bei Bewilligungspflicht sind weder der Weg des Patienten zum Krankenversicherungsträger, noch die Nutzung „unsicherer“ Übertragungsmedien (z. B.: Telefax) erforderlich, da die e-Zuweisung automatisch an den leistungszuständigen Krankenversicherungsträger des Patienten zur Bearbeitung übermittelt wird.
- Informationen über das Bewilligungsergebnis können auf Wunsch des Patienten auch über SMS und/oder E-Mail bezogen werden.
- e-Zuweisungen inkl. Bewilligungsstatusmeldungen können jederzeit vom Patienten gesichert im Internetportal der Sozialversicherung unter www.meinesv.at/eKOS abgerufen werden. Nähere Informationen erteilt gerne der zuständige Krankenversicherungsträger des Patienten bzw. kann der Patient sich auch an die Serviceline (Telefonnummer: 050 124 33 11) wenden.
- Jede e-Zuweisung wird mit einem eindeutigen und einmaligen Antragscode versehen. Mithilfe dessen und der Sozialversicherungsnummer oder Kennnummer der EKVK des Patienten kann ein Antrag jederzeit von allen Vertragspartnern abgefragt werden, soweit die Zustimmung des Patienten vorhanden ist.
- Alle e-Zuweisungen werden verschlüsselt mit den aktuell höchsten Sicherheitsstandards gespeichert und übermittelt.
- Schnittstellen ermöglichen die Einbindung von GDA-Software (Gesundheitsdiensteanbieter-Software).

2. Elektronisches Kommunikationsservice starten

Die Darstellungen im Handbuch entsprechen der Web-Oberfläche des e-card Systems. Falls Sie eine Vertragspartner-Software verwenden, können die Darstellungen abweichen.

Hinweis: Wir weisen darauf hin, dass die in den Masken angezeigten Werte mitunter nicht inhaltlich konsistent sind. Alle auf den Masken angezeigten Daten dienen nur der Veranschaulichung. Es werden nur fiktive medizinische Daten und fiktive Personendaten in diesem Handbuch angezeigt.

Um das elektronische Kommunikationsservice nutzen zu können, müssen folgende Vorbedingungen erfüllt sein:

- Sie haben einen gültigen Dialog aufgebaut.
- Sie haben das Recht, eKOS zu nutzen.

Wählen Sie im Anwendungsmenü den Menüpunkt **[E(l)ektronisches Kommunikationsservice (eKOS) starten]**, um das Service aufzurufen.



Abbildung 1: Anwendungsmenü - Maske 008

Nachdem Sie den Menüpunkt **[E(l)ektronisches Kommunikationsservice (eKOS) starten]** gewählt haben, wird Ihnen dieser Dialog angezeigt:



Abbildung 2: eKOS Menü - Maske 20000

Unter dem Menüeintrag **[Antrag er(f)assen]** können Sie für einen Patienten eine elektronische Zuweisung als Verordner erfassen.

Unter dem Menüeintrag **[Antrag (n)acherfassen]** können Sie eine papierschriftlich erstellte Zuweisung als elektronische Zuweisung nacherfassen. In dieser Funktion können Sie nicht als Verordner auftreten. Somit ist eine Nacherfassung Ihrer Papierverordnung nicht möglich. Dafür verwenden Sie bitte den Menüeintrag **[Antrag er(f)assen]**.

Unter dem Menüeintrag **[Antrag (m)ittels Code abfragen]** können Sie bereits existierende e-Zuweisungen abfragen. Mittels dieser Funktion und dem entsprechenden Antragscode können Sie auch nicht von Ihnen erfasste Anträge einsehen.

Unter dem Menüeintrag **[Ei(g)ene (Erstellte/Verordnete/Übernommene) Anträge suchen]** können Sie bereits existierende e-Zuweisungen abfragen, bei denen Sie mindestens eine bestimmte Rolle einnehmen (Erfasser, Verordner, Leistungserbringer) bzw. Zuweisungen, die bereits zuvor einmal durch Sie mittels Antragscode abgefragt wurden (sofern diese Zuweisungen noch nicht abgelaufen sind).

Unter dem Menüeintrag **[(Z)urück zum Anwendungsmenü]** beenden Sie das elektronische Kommunikationsservice und gelangen zum Anwendungsmenü zurück (siehe Abbildung 1).

3. Antrag erfassen

3.1 Menüeintrag wählen

Dieser Menüeintrag ermöglicht Ihnen die Erfassung einer e-Zuweisung.

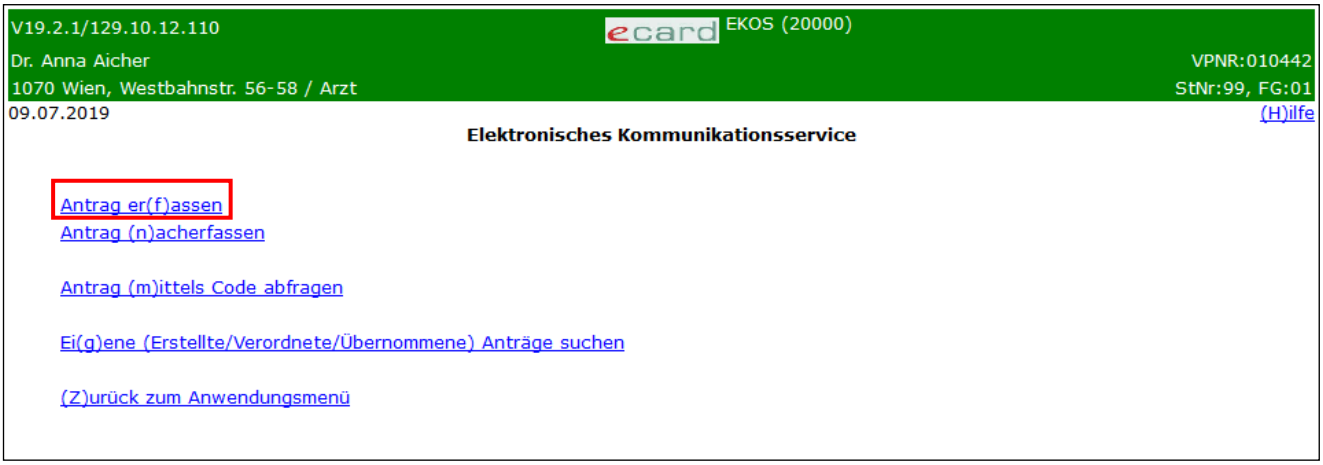


Abbildung 3: eKOS-Menü: Antrag erfassen – Maske 20000

Wählen Sie **[Antrag er(f)assen]**, wenn Sie eine e-Zuweisung erstellen möchten.

3.2 Antrag erfassen

3.2.1 Antragsdaten erfassen

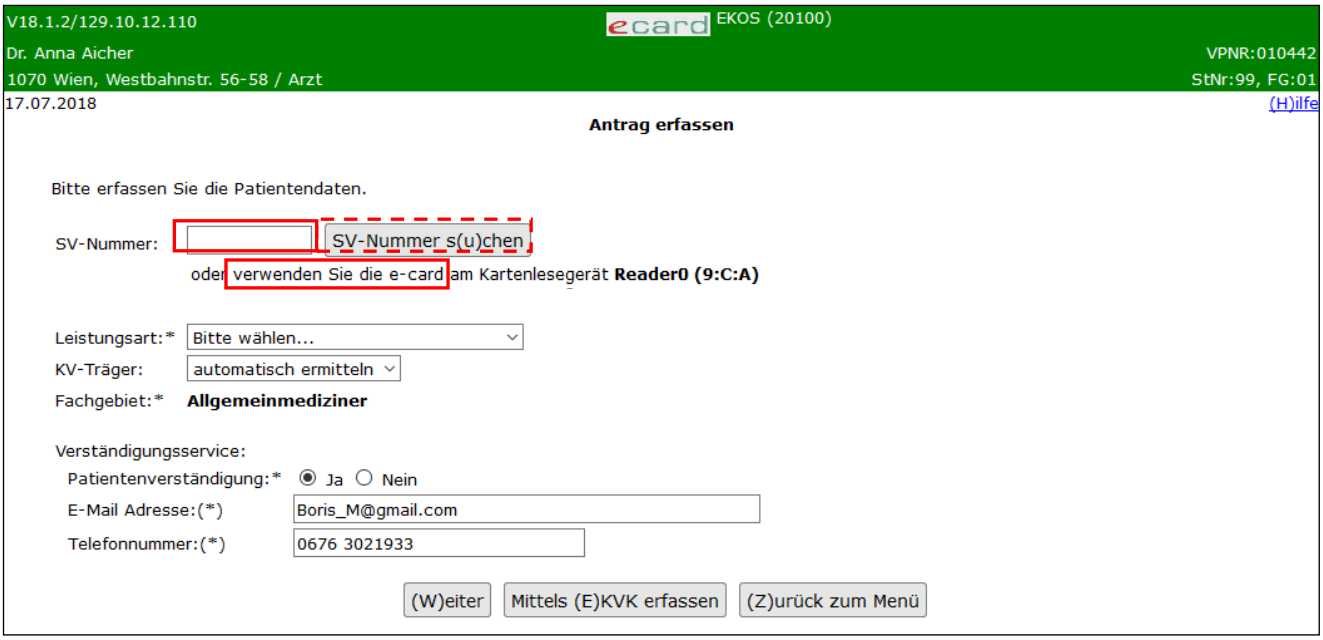


Abbildung 4: Antrag erfassen: Leistungsart und Patientendaten – Maske 20100

Durch folgende Aktionen können die Patientenstammdaten der e-Zuweisung hinzugefügt werden:

SV-Nummer

Sie können nun die e-card des Patienten am Kartenlesegerät verwenden (➔ siehe Handbuch *Allgemeiner Teil* Kapitel *Kartenzugriff*)

oder

Sie geben die SV-Nummer des Patienten ein oder wählen **[SV-Nummer suchen]** (→ siehe Handbuch Allgemeiner Teil Kapitel *Sozialversicherungsnummer abfragen*).

Falls sowohl eine SV-Nummer eingegeben als auch eine e-card verwendet wurde, wird die eingegebene SV-Nummer herangezogen. Es findet kein Zugriff auf die SV-Nummer der e-card statt.

Leistungsart

Wählen Sie hier die gewünschte Leistungsart aus.

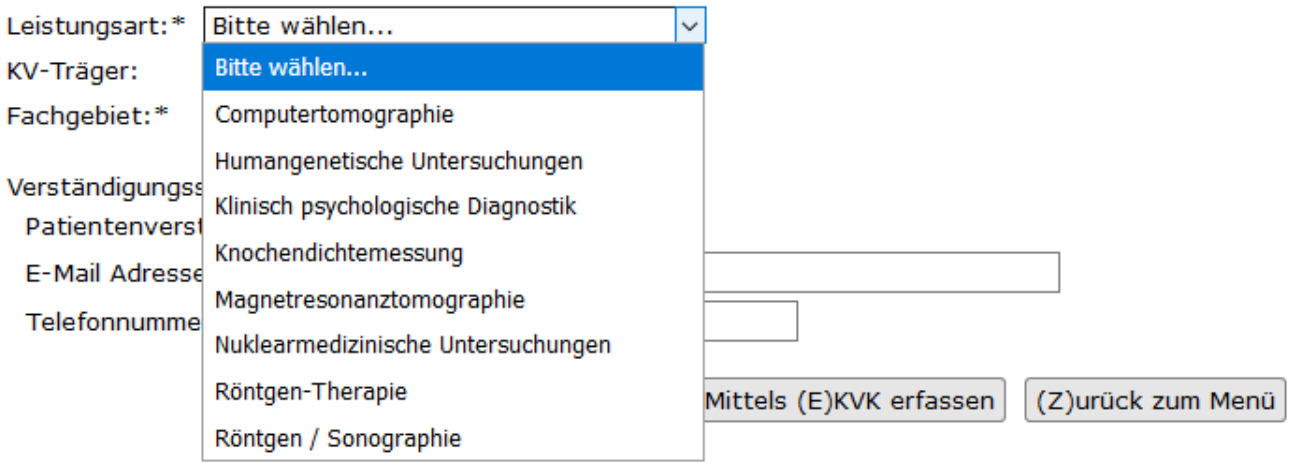


Abbildung 5: Auszug aus Maske 20100 - Auswahl Leistungsart

Bitte beachten Sie, dass die Leistungsarten

- Röntgen-Therapie
- Röntgen / Sonographie

zurzeit noch nicht zur Auswahl stehen. Aktuelle Informationen bzgl. Pilotierung und Rollout finden Sie auf www.sozialversicherung.at/eKOS.

KV-Träger

Erfragen Sie den leistungszuständigen KV-Träger beim Patienten und wählen Sie diesen aus.

Alternativ dazu können Sie diesen mittels „automatisch ermitteln“ über das e-card System zuweisen lassen. Erhalten Sie bei der Auswahl von „automatisch ermitteln“ eine Fehlermeldung („Der Patient ist mehrfach versichert“), so erfragen Sie bitte den leistungszuständigen KV-Träger, den der Patient wünscht, und wählen diesen aus.

Fachgebiet

Wählen Sie hier Ihr Fachgebiet aus.

Anmerkung: Diese Auswahl steht nur dann zur Verfügung, wenn Sie über mehr als ein Fachgebiet verfügen. Ansonsten erfolgt eine automatische Zuordnung.

Verständigungsservice:

Patientenverständigung:

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„ja“: Durch die Zustimmung des Patienten wird der Patient nun bei Änderungen zum Bewilligungsstatus via SMS/E-Mail verständigt.

„nein“: Der Patient erhält keine Verständigungen zum Antragsstatus via SMS/E-Mail.

Beachten Sie bitte:

Bei der Auswahl von „Ja“ muss zumindest eines der beiden Felder „Telefonnummer“ oder „E-Mail-Adresse“ angegeben werden.

Bei der Auswahl von „Nein“ sind Einträge in diese beiden Felder ebenfalls möglich, es erfolgt jedoch keine Verständigung zum Antragsstatus.

E-Mail Adresse

Geben Sie hier nach Zustimmung des Patienten dessen E-Mail-Adresse ein.

Telefonnummer:

Geben Sie hier nach Zustimmung des Patienten dessen Mobiltelefonnummer ein. Es darf nur eine österreichische Telefonnummer (mit oder ohne österreichischer Vorwahl) angegeben werden *(mind. 9, max. 30 Stellen; erlaubte Zeichen: 0-9, /, -, +, \, (,), Leerzeichen).*



Dieses Service stellt eine wesentliche Unterstützung für den Patienten dar. Dadurch wird dieser sofort nach Abschluss des Bewilligungsverfahrens über das Ergebnis in Kenntnis gesetzt. Darüber hinaus verfügt der Patient elektronisch über seinen e-Zuweisungs-Antragscode (z. B.: Smartphone), der den „Schlüssel“ zu seiner e-Zuweisung darstellt. Bei Bedarf können vom KV-Träger ad hoc Auskünfte erteilt werden. Selbst der Verlust des Ausdruckes „Informationsblatt zur e-Zuweisung“ wäre in diesem Zusammenhang bedeutungslos, da anhand des Antragscodes / SVNR, über den der Patient elektronisch verfügt, die spezifische e-Zuweisung von jedem Vertragspartner / Krankenversicherungsträger abgerufen werden kann.

Geben Sie eine falsche Mobilfunknummer bzw. E-Mail-Adresse ein, ist zu jeder Zeit, auch wenn die Nachricht eine Person erhält, die nicht als Empfänger vorgesehen war, der Datenschutz gewährt. Der „falsche“ Empfänger hat keinerlei Möglichkeit, in die e-Zuweisungsdaten einzusehen, da

- *dieser in der Nachricht nur den Antragscode empfängt (Dieser funktioniert aber nur in Kombination mit der Sozialversicherungsnummer des Patienten als „Schlüssel“ zum Antrag.),*
- *Detaildaten zur e-Zuweisung von Privatpersonen nur via Internetportal der Sozialversicherung abrufbar sind, wobei dafür eine weitere Authentifizierung (z. B. Handysignatur) erforderlich ist.*

Mit **[(W)eiter]** gelangen Sie zu **Antrag erfassen - Medizinische Daten**.

Mit **[Mittels (E)KVK erfassen]** gelangen Sie zur Eingabemaske, um den Antrag mit EKVK-Patientendaten zu erfassen, siehe Kapitel 3.2.2.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** beenden Sie an dieser Stelle den Vorgang und Sie gelangen in das eKOS-Menü zurück.

3.2.2 Antragsdaten für EKVK-Patienten erfassen

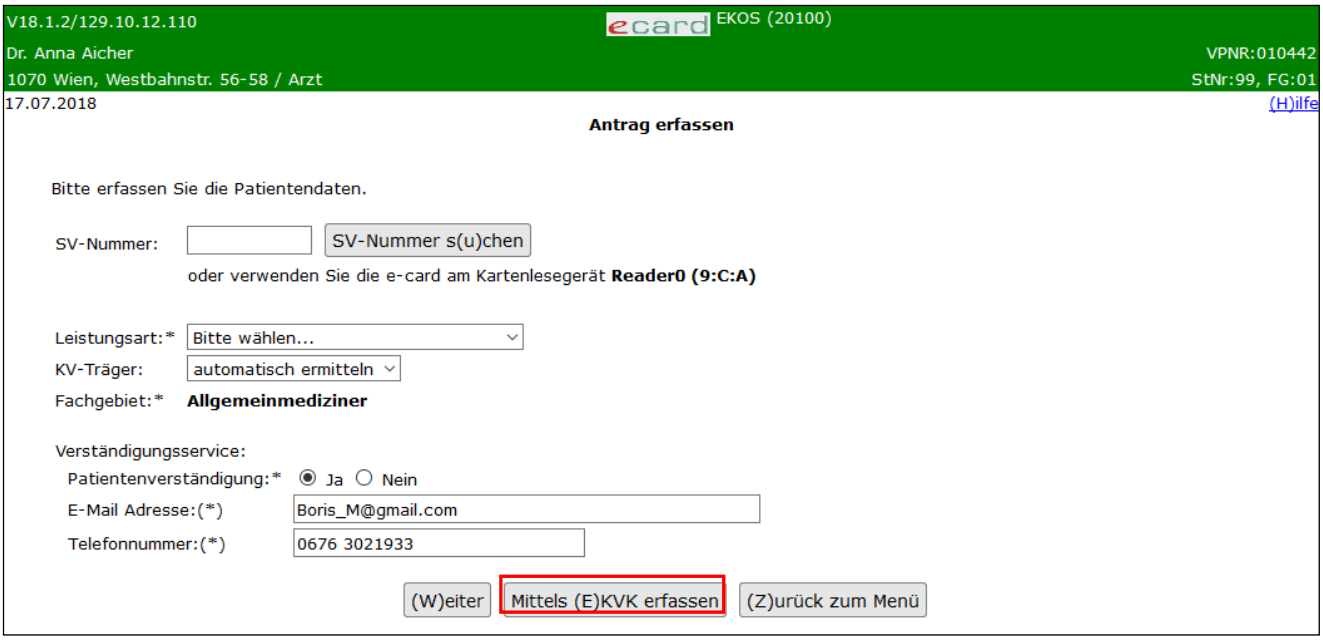


Abbildung 6: Leistungsart und Erfassen der Patientendaten (EKVK) – Maske 20100

Zur Eingabemaske der EKVK-Daten gelangen Sie über **[Mittels (E)KVK erfassen]**.

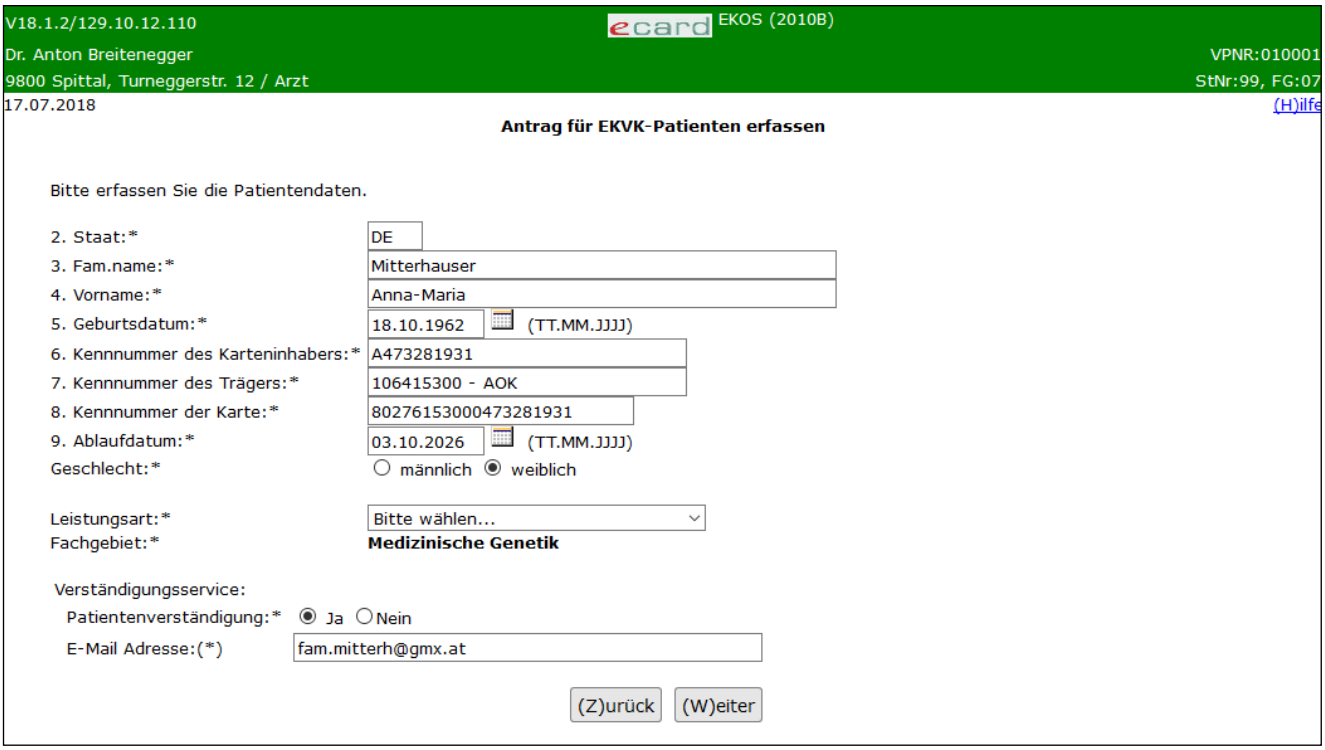


Abbildung 7: Antrag für EKVK-Patienten erfassen – Maske 2010B

Geben Sie hier die Daten des ausländischen Patienten von dessen Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) in die dafür vorgesehenen Felder ein. Die Zahlen vor der Bezeichnung des Eingabefeldes geben die entsprechende Feldnummer auf der EKVK an.

2. Staat:

Geben Sie hier den zweistelligen Code des Staates an, siehe „Liste wichtiger Staatencodes“ im Handbuch *Allgemeiner Teil.*

3. Fam.name:

Geben Sie hier den Familiennamen des Patienten an *(max. 70 Zeichen)*.

4. Vorname:

Geben Sie hier den Vornamen des Patienten an *(max. 70 Zeichen)*.

5. Geburtsdatum:

Geben Sie bitte das Geburtsdatum entsprechend des vorgegebenen Formats ein *(TT.MM.JJJJ → z. B.: 23.04.1975).*

6. Kennnummer des Karteninhabers:

Geben Sie hier die persönliche Kennnummer der Europäischen Krankenversicherungskarte oder der Ersatzbescheinigung an *(max. 30 Zeichen).*

7. Kennnummer des Trägers:

Geben sie hier die Kennnummer des Trägers an *(max. 30 Zeichen).*

8. Kennnummer der Karte:

Geben sie hier die Kennnummer der Karte an *(mind. 20, max. 25 Zeichen).*

9. Ablaufdatum:

Geben sie hier das Ablaufdatum der Karte an *(im Format TT.MM.JJJJ)*.

Geschlecht:

Wählen Sie hier das Geschlecht des Patienten.

Leistungsart:

Wählen Sie hier die gewünschte Leistungsart aus. Siehe Kapitel 3.2.1.

Fachgebiet:

Wählen Sie hier Ihr Fachgebiet aus.

Anmerkung: Diese Auswahl steht nur dann zur Verfügung, wenn Sie über mehr als ein Fachgebiet verfügen. Ansonsten erfolgt eine automatische Zuordnung.

Verständigungsservice:

Patientenverständigung:

Wählen Sie aus, ob der Patient eine Verständigung wünscht.

E-Mail Adresse:

Wenn eine Patientenverständigung gewünscht ist, muss eine E-Mail Adresse angegeben werden.

Hinweis: Die Angabe einer Telefonnummer für EKVK-Patienten ist nicht möglich.

Mit **[(W)eiter]** gelangen Sie zum **Antrag erfassen – Medizinische Daten** für alle Leistungsarten.

Mit **[(Z)urück]** beenden Sie an dieser Stelle den Vorgang und gelangen zurück zur vorherigen Maske **Antrag erfassen.**

3.3 Medizinische Daten erfassen

3.3.1 Allgemeine Daten für alle Leistungsarten

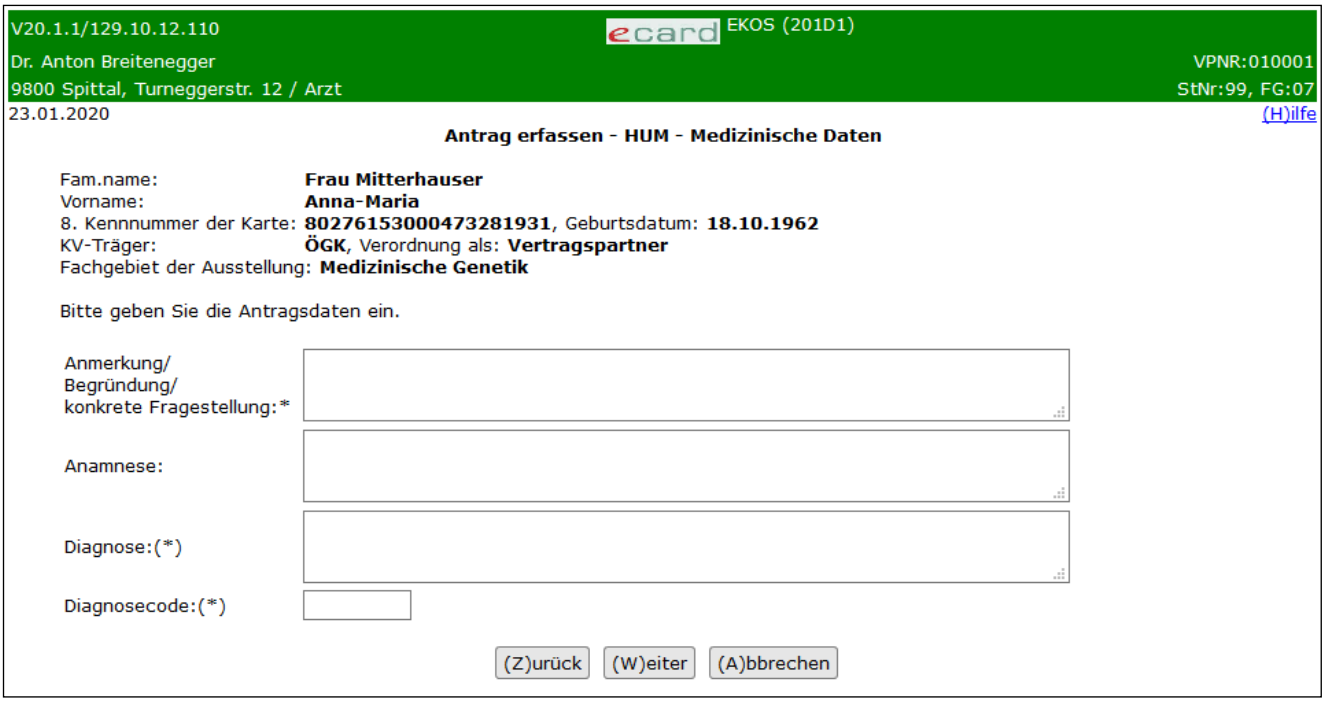


Abbildung 8: Antrag erfassen: allgemeine Daten – Maske 201D1

Unabhängig von der Leistungsart werden folgende Datenfelder (am Beispiel HUM) angeboten:

Anmerkung/Begründung/konkrete Fragestellung

Geben Sie hier Anmerkungen, Begründungen bzw. die konkrete(n) Fragestellung(en) ein. Abhängig vom Antragstyp handelt es sich um ein Pflicht- oder optionales Feld.

Anamnese

Fügen Sie hier die Anamnese ein. Abhängig vom Antragstyp handelt es sich um ein Pflicht- oder optionales Feld.

Diagnose

Geben Sie die (Verdachts-)Diagnose ein.

Hinweis: Diagnose ODER Diagnosecode sind verpflichtend anzugeben.

Diagnosecode

Geben Sie hier ggf. den Diagnosecode (ICD-10) der (Verdachts-)Diagnose ein.

Je nach Leistungsart werden zusätzliche Datenfelder angeboten, auf die in den folgenden Kapiteln im Detail eingegangen wird.

Datenfelder, die eine verpflichtende Eingabe erfordern, sind mit einem „“ gekennzeichnet. Datenfelder, die eine bedingt verpflichtende Eingabe erfordern, werden mit „(*)“ gekennzeichnet. In bestimmten Anlassfällen kann auch ein Datenfeld, das nicht mit „*“ gekennzeichnet ist, eine Eingabe erforderlich machen. Gegebenenfalls werden Sie beim Versuch, auf die nächste e-Zuweisungserfassungsmaske zu wechseln (**[(W)eiter]**), darauf hingewiesen, dass noch weitere Angaben notwendig sind.*

Mit **[(W)eiter]** gelangen Sie zur Maske **Verordnung** (siehe Kapitel 3.4).

Mit **[(Z)urück]** beenden Sie an dieser Stelle den Vorgang und gelangen zur vorherigen Maske zurück (**Antrag erfassen** bzw. **Antrag für EKVK-Patienten erfassen**).

Mit **[(A)bbrechen]** beenden Sie an dieser Stelle den Vorgang und gelangen wieder zum **eKOS-Menü** (Siehe Abbildung 3).

3.3.2 Weitere medizinische Daten in Abhängigkeit der Leistungsart

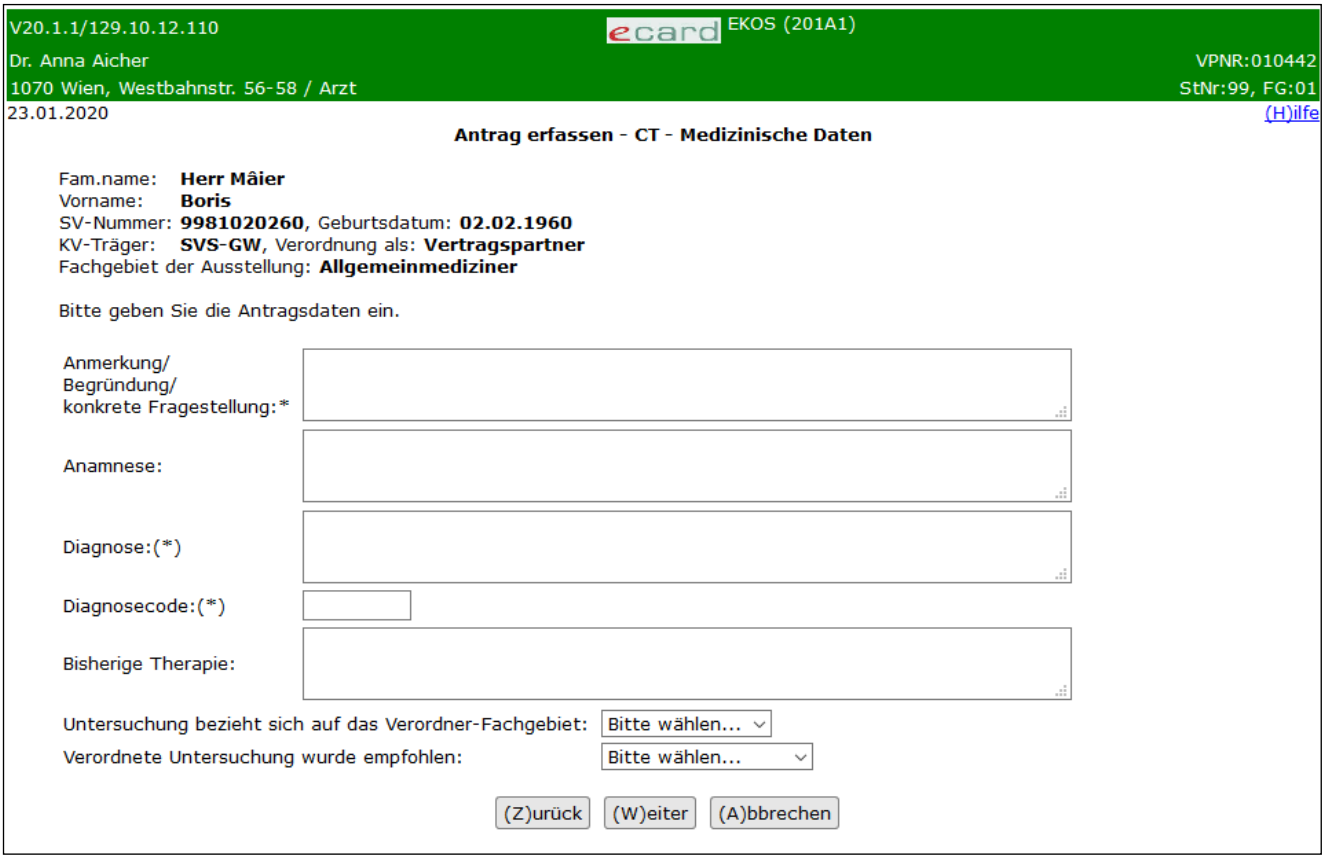


Abbildung 9: Antrag erfassen: spezifische Daten CT und MR – Maske 201A1

Die Darstellung der Maske und deren Eingabefelder in Abbildung 9 am Beispiel CT gilt analog für MR.

Folgende zusätzliche Datenfelder werden abhängig von der Leistungsart angeboten:

Bisherige Therapie (bei CT, MR, RÖ-T, RÖ/SO)

Angaben zu den bisher durchgeführten Therapien geben Sie bitte hier ein.

Untersuchung bezieht sich auf das Verordner-Fachgebiet (bei CT, MR)

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„Ja“: Sie bestätigen, dass sich die Untersuchung auf Ihr Fachgebiet bezieht.

„Nein“: Sie bestätigen, dass sich die Untersuchung nicht auf Ihr Fachgebiet bezieht.

Verordnete Untersuchung wurde empfohlen (bei CT, MR)

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„vom Facharzt“: Sie bestätigen, dass die Untersuchung von einem Facharzt empfohlen wurde.

„von Krankenanstalt“: Sie bestätigen, dass die Untersuchung von einer Krankenanstalt (z. B.: Entlassungsbrief) empfohlen wurde.

„keine Empfehlung“: Sie bestätigen, dass die Untersuchung weder von einem Facharzt, noch von einer Krankenanstalt empfohlen wurde.



Abbildung 10: Antrag erfassen: spezifische Daten KDM – Maske 201F1

Methode (bei KDM)

„Dexa“ / „Q-CT“: Wählen Sie die Methode, welche für die anstehende Untersuchung anzuwenden ist.

Fragilitätsfraktur (bei KDM)

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„Ja“: Der Untersuchung liegt eine diagnostizierte Fragilitätsfraktur zu Grunde.

„Nein“: Der Untersuchung liegt keine diagnostizierte Fragilitätsfraktur zu Grunde.

Methode (bei RÖ-T)

Abhängig vom KV-Träger werden folgende Auswahlmöglichkeiten angeboten:

ÖGK-W:

- Tiefentherapie
- Oberflächentherapie
- Entzündungstherapie
- Diverse Bestrahlungen

BVAEB-OEB und BVAEB-EB:

- Serie Röntgen-Schwachbestrahlung

3.4 Verordnung erfassen

Im Zuge der e-Zuweisungserfassung muss mindestens eine Verordnung angegeben werden. Daher folgt nach Eingabe der Medizinischen Daten die Maske zur Erfassung der Verordnungsdaten.

Hierbei muss bzgl. der Angabe der gewünschten Leistung innerhalb der Leistungsarten zwischen zwei unterschiedlich aufbereiteten Masken unterschieden werden. Diese sind in den Kapiteln 3.4.1 und 3.4.2 beschrieben.

Je nach Leistungsart sind weitere Informationen zur gewünschten Leistung angebbar. Diese weiteren Informationen sind im Kapitel 3.4.3 beschrieben.

Wird die Maske im Zuge der Einsichtnahme aufgerufen (siehe Kapitel 3.5) werden die bereits erfassten Daten angezeigt, sowie die Funktion **(L)öschen** um eine bereits erfasste Verordnung wieder aus der e-Zuweisung zu entfernen.

3.4.1 Verordnungen mit Katalogleistungsauswahl

Die Darstellung der Leistungsangabe am Beispiel einer CT-Zuweisung in Abbildung 11 gilt analog für MR und NUK.

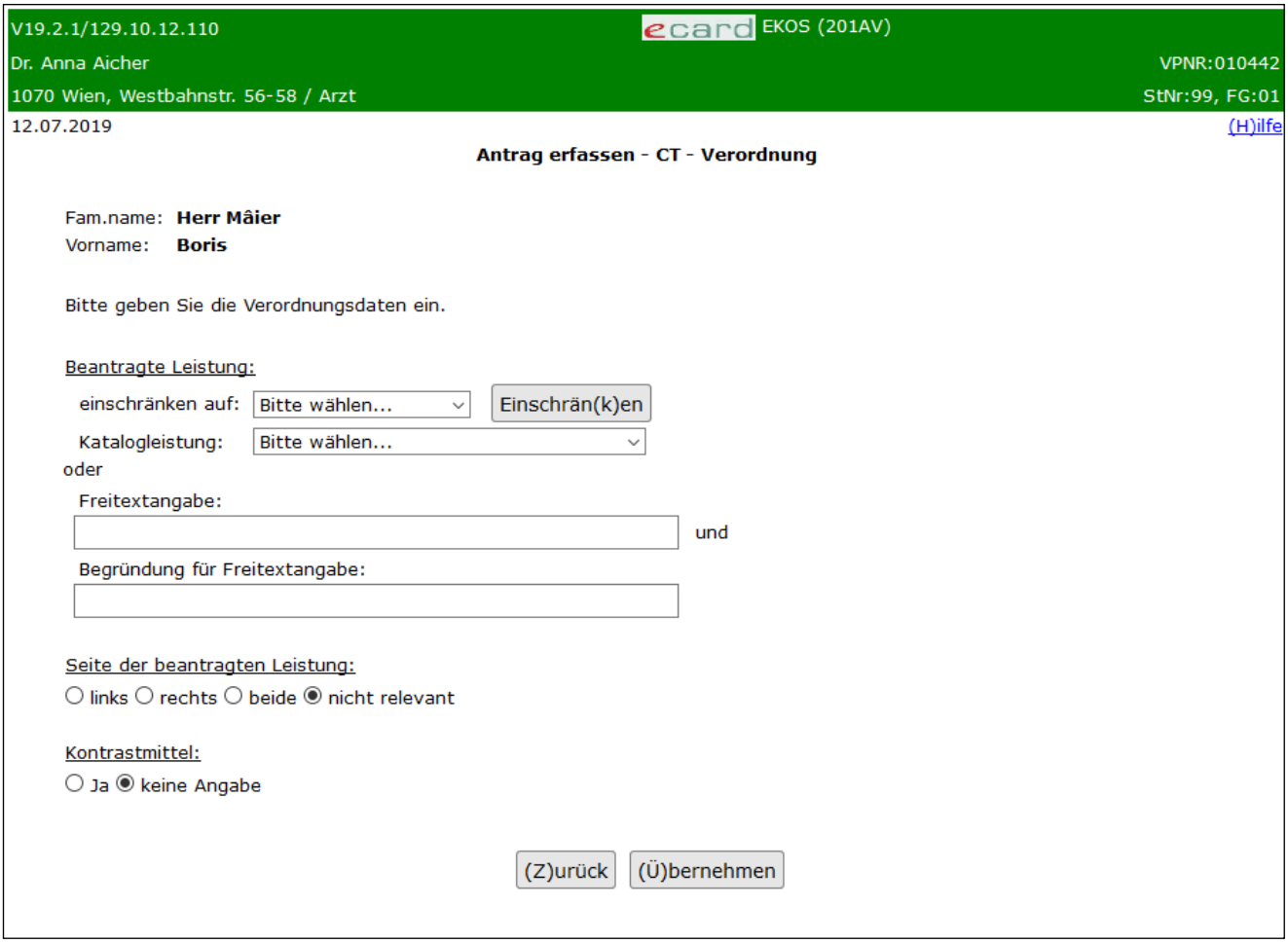


Abbildung 11: Antrag erfassen: Verordnung erfassen Katalogleistung CT – Maske 201AV

Bei einer RÖ/SO-Zuweisung wie in Abbildung 12 kann die beantragte Leistung zusätzlich auf die Leistungsart eingeschränkt werden:

- beide
- nur Röntgen
- nur Sonographie

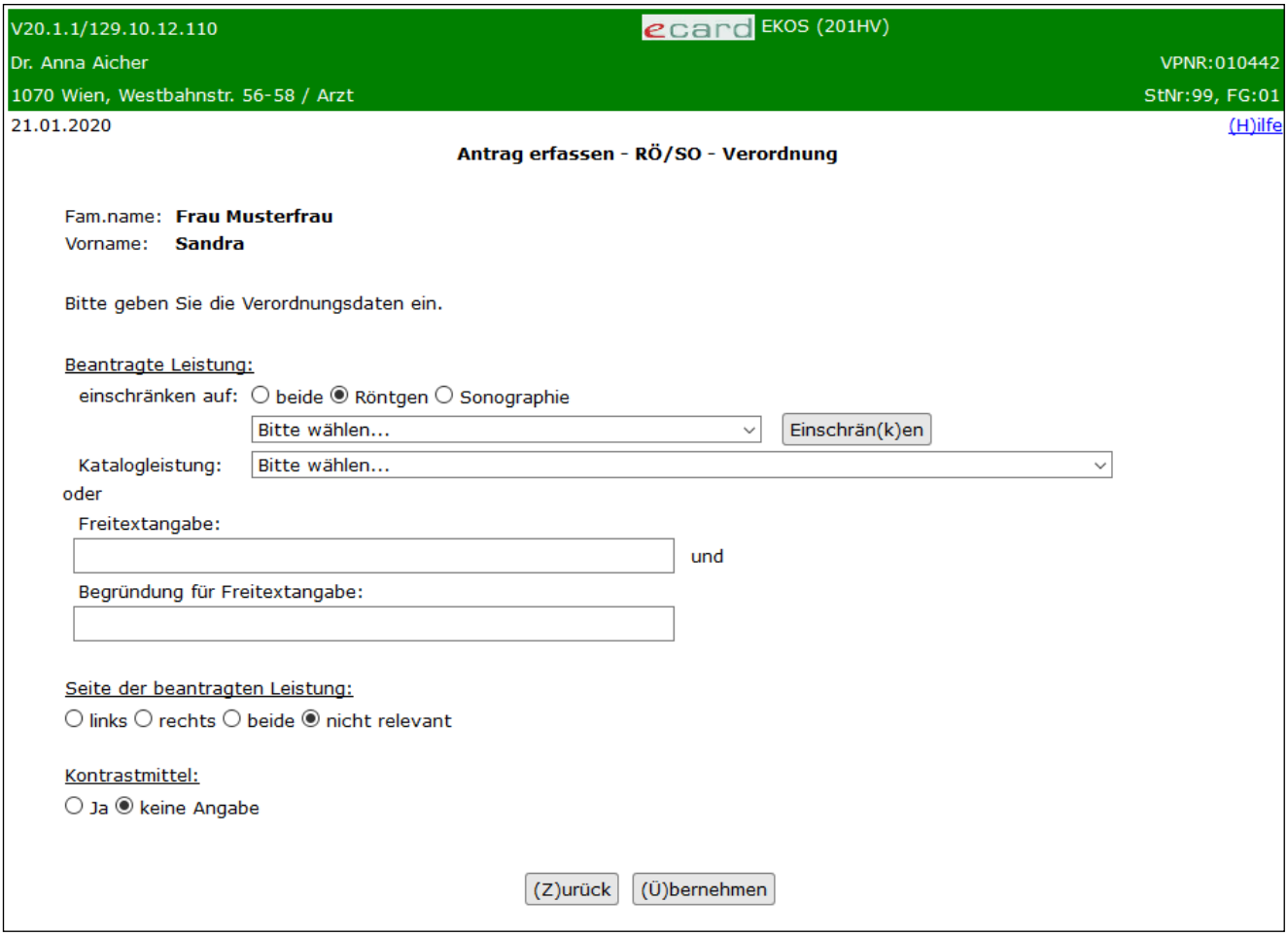


Abbildung 12: Antrag erfassen: Verordnung erfassen Katalogleistung RÖ/SO – Maske 201HV

Beantragte Leistung:

einschränken auf

Über diese Auswahlliste können die im Datenfeld „Katalogleistung“ anzuzeigenden Leistungen auf eine eingeschränkte Menge reduziert werden. Dadurch kann gewährleistet werden, dass die gewünschte Leistung komfortabler auffindbar ist. Sofern Sie Ihre gewünschte Kategorie ausgewählt haben, können Sie mit **[Einschrän(k)en]** die auswählbaren Katalogleistungen reduzieren.

Die Möglichkeit der Einschränkung wird nur dann angezeigt, wenn aufgrund des Versicherungsträgers des Patienten Leistungen beider Leistungsarten auswählbar sind.

Katalogleistung

Für diese fünf Leistungsarten werden Ihnen passend zum leistungszuständigen KV-Träger des Patienten Katalogleistungen in alphabetischer Reihenfolge zur Auswahl angeboten.

Leistungen, bei denen eine Seitenangabe benötigt wird, werden mittels „(S)“ im Leistungstext gekennzeichnet. Beachten Sie bitte, dass bei Leistungen ohne diese Kennzeichnung keine Seitenangabe zulässig ist (bzw. nur der Wert „nicht relevant“ anzugeben ist).

Freitextangabe

Geben Sie die durchzuführende Leistung ein, sofern diese nicht in der Auswahlliste des Datenfeldes „Katalogleistung“ enthalten ist. Beachten Sie bitte den Hinweistext weiter unten.

Begründung für Freitextangabe

Bitte begründen Sie in diesem Datenfeld die Entscheidung, dass die durchzuführende Leistung im Datenfeld „**Freitextangabe**“ angeführt und nicht über das Datenfeld „**Katalogleistung**“ ausgewählt wurde.

Anmerkung:

Natürlich können je e-Zuweisung mehrere Leistungen verordnet werden. Es können auch pro e-Zuweisung eine oder mehrere Katalogleistungen **und** eine oder mehrere via Freitextangabe erfasste Leistungen verordnet werden. Siehe dazu mehr im Kapitel 3.5.1 – Funktion **[(V)erordnung hinzufügen]**.



*Die zur Auswahl stehenden Leistungen über die **Auswahlliste “Katalogleistung“** ist **Voraussetzung**, dass die e-Zuweisung **automatisch auf Bewilligungspflicht / keine Bewilligungspflicht** geprüft werden kann.*

*Alternativ dazu können die Leistungen in das Datenfeld **„Freitextangabe“** eingetragen werden. Dies sollte aber im Sinne des Versicherten auf all jene Fälle **beschränkt** werden, bei denen die Leistung tatsächlich **nicht** in der Auswahlliste enthalten ist. Wird eine Leistung in das Datenfeld „Freitextangabe“ eingetragen, wird die e-Zuweisung automatisch als **„bewilligungspflichtig“** gekennzeichnet!!!*

Mit **[(Z)urück)]** kehren Sie je nach Leistungsart zur vorherigen Maske **Antrag erfassen – Medizinische Daten** (siehe Kapitel 3.3) zurück.

Mit **[(Ü)bernehmen]** gelangen Sie zur zusammenfassenden Übersicht Ihrer e-Zuweisung (siehe Kapitel 3.5).

3.4.2 Verordnungen ohne Katalogleistungsauswahl

Die Darstellung am Beispiel einer KDM-Zuweisung in Kapitel 3.3.2 gilt analog für KPD, HUM und RÖ-T.

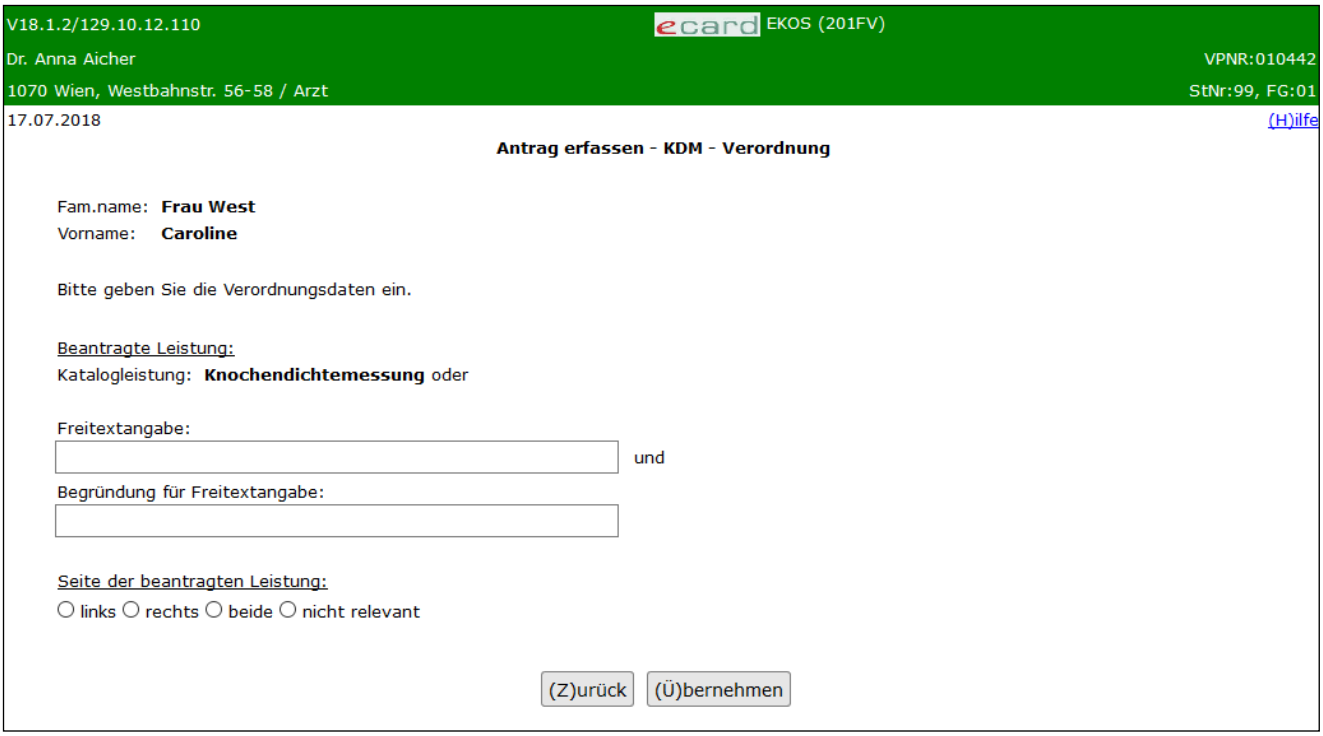


Abbildung 13: Antrag erfassen: Verordnung erfassen Freitext HUM, KPD und KDM – Maske 201FV

Im Gegensatz zu den Leistungsarten CT, MR, NUK und RÖ/SO verfügen die e-Zuweisungserfassungsmasken für KDM, HUM, KPD und RÖ-T über **keine** zur Auswahl stehenden Katalogleistungen.

Mit dem Verzicht auf die Notwendigkeit, eine explizite Leistung verordnen zu müssen, wird der gelebten Praxis Rechnung getragen. Die Zuweisung kann somit ohne Angabe einer verordneten Leistung im Datenfeld „Freitextangabe“ erfolgen.

Wird das Datenfeld „Freitextangabe“ nicht mit einer gewünschten Leistung versehen, unterliegt die e-Zuweisung einer allgemeinen Anfrage nach einer

- *„klinisch psychologischen Diagnostik“*
- *„humangenetischen Untersuchung“*
- *„Knochendichtemessung“ oder*
- *„Röntgen-Therapie“.*

Die tatsächlich zu erbringende Leistung wird vom Leistungserbringer festgelegt.

Führen Sie im Datenfeld „Freitextangabe“ eine gewünschte Untersuchung zur Leistungsart an, unterliegt die e-Zuweisung automatisch der Bewilligungspflicht.

Freitextangabe

Geben Sie die durchzuführenden Leistungen ein. Erfolgt eine Eingabe, so wird die vordefinierte Leistung unter „Katalogleistung“ entfernt und kann auch nicht bearbeitet werden. Möchten Sie diese wieder bearbeiten, muss die Freitexteingabe gelöscht werden.

Begründung für Freitextangabe

Haben Sie eine Freitexteingabe vorgenommen, so ist eine Begründung zwingend anzugeben.

Anmerkung:

Natürlich können je e-Zuweisung auch mehrere Leistungen via Datenfeld „Freitextangabe“ verordnet werden. Siehe dazu mehr im Kapitel 3.5.1 – Funktion **[(V)erordnung hinzufügen]**.

Mit **[(Z)urück)]** kehren Sie je nach Leistungsart zur vorherigen Maske **Antrag erfassen – Medizinische Daten** (siehe Kapitel 3.3) zurück.

Mit **[(Ü)bernehmen]** gelangen Sie zur zusammenfassenden Übersicht Ihrer e-Zuweisung (siehe Kapitel 3.5).

3.4.3 Weitere Verordnungsinformationen in Abhängigkeit der Leistungsart

Seite der beantragten Leistung (bei CT, MR, KDM, RÖ/SO)

Geben Sie hier die gewünschte Seite der zu untersuchenden Region an.

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„links“: linke Seite der zu untersuchenden Körperregion

„rechts“: rechte Seite der zu untersuchenden Körperregion

„beide“: beide Seiten

„nicht relevant“: keine Seitenangabe erforderlich (z. B.: CT-Gesichtsschädel)

Kontrastmittel (bei CT, MR, RÖ/SO)

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„ja“: Für diese Untersuchung ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich.

„keine Angabe“: Sie überlassen die Entscheidung, ob ein Kontrastmittel erforderlich ist, dem Leistungserbringer.

Indikationen für die diagnostische Mammographie (bei RÖ/SO)

Wenn bei der Leistungsart RÖ/SO die Katalogleistung „RÖ - Mammographie“ ausgewählt wird, sind die Indikationen für die diagnostische Mammographie auszufüllen.

Hinweis: Die Auswahl für die Indikationen zur diagnostischen Mammographie wird Ihnen nur angezeigt, wenn die Katalogleistung „Mammographie“ ausgewählt wurde. Wird die Katalogleistung auf einen anderen Wert geändert, entfällt die Anzeige der Auswahl.

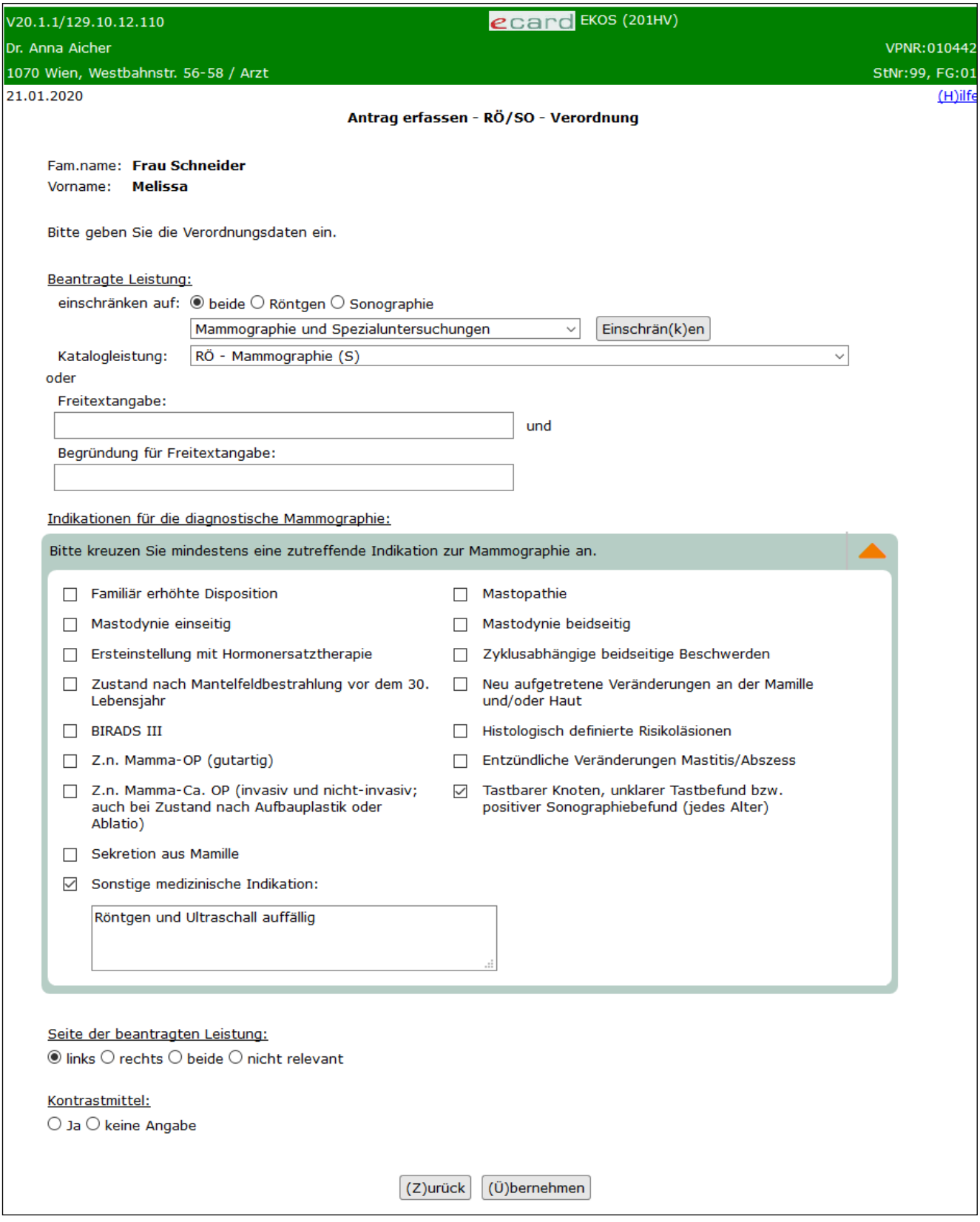


Abbildung 14: Antrag erfassen: Verordnung erfassen RÖ/SO Indikation diagnostische Mammographie – Maske 201HV

Hierbei ist zu beachten, dass die Eingabe für eine weibliche Patientin verpflichtend und für einen männlichen Patienten optional ist. Wenn die zutreffende Indikation nicht in der Liste enthalten ist, ist diese unter „Sonstige medizinische Indikation“ in das Freitextfeld einzutragen.

Hinweis: Die Indikationen zur diagnostischen Mammographie sind Bestandteil der RÖ/SO Daten des Antrags und nicht der einzelnen Leistung. Wird mehr als eine Mammographie-Leistung innerhalb eines RÖ/SO Antrags erfasst, gelten die gewählten Indikationen somit für alle diese Leistungen. D.h. auf allen Verordnungsdetailmasken werden dieselben gewählten Indikationen angezeigt. Eine Änderung innerhalb einer Verordnung mit Mammographie-Leistung führt daher auch zu einer Änderung der Indikationen bei allen anderen Verordnungen mit Mammographie-Leistung.

Körperregion inkl. Seitenangabe (bei RÖ-T)

Geben Sie hier die gewünschte Körperregion inklusive der zugehörigen Seite in das Freitextfeld ein.

3.5 Zusammenfassung des Antrags

Sofern alle Eingaben korrekt durchgeführt wurden, erhalten Sie eine Zusammenfassung über Ihre e-Zuweisung.

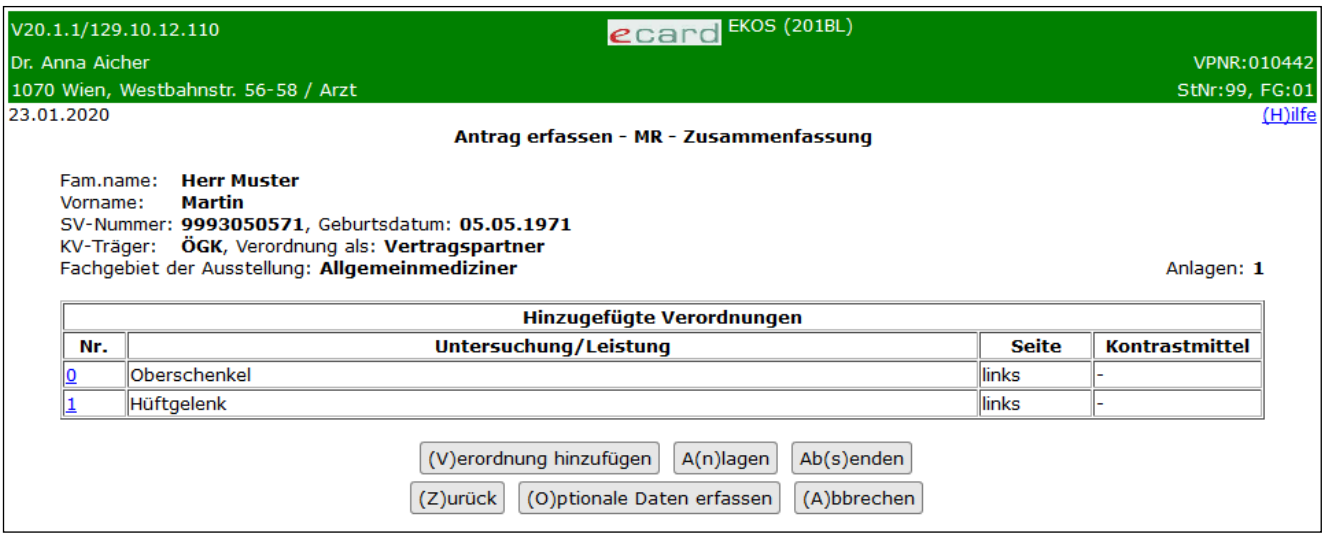


Abbildung 15: Übersicht - erfasste e-Zuweisung – Maske 201BL

Die in Abbildung 15 dargestellte Übersicht einer MR-Zuweisung gilt analog für alle weiteren Leistungsarten. Die Spalten „Seite“, „Kontrastmittel“ oder „Körperregion“ werden abhängig von der ausgewählten Leistungsart angezeigt. Wenn das Feld aufgrund der ausgewählten Leistungsart befüllt werden konnte und kein Wert angegeben wurde, wird ein „-“ angezeigt.

Verwenden Sie den Link in der Spalte **Nr.**, um eine bereits erfasste Verordnung nochmals einzusehen, um diese bei Bedarf zu ändern bzw. zu entfernen. Siehe Kapitel 3.4.

Bitte beachten Sie hierbei folgende Punkte:

- Die Änderung einer hinzugefügten Verordnung ist nur vor Übermittlung der e-Zuweisung möglich.
- Sofern Sie bereits erfasste Verordnungen innerhalb der e-Zuweisung wieder entfernen: Bei Übermittlung des Antrags muss mindestens eine Verordnung vorhanden sein.

[(V)erordnung hinzufügen]: Wählen Sie diese Funktion, um eine weitere Verordnung der e-Zuweisung hinzuzufügen. Siehe Kapitel 3.5.1

[A(n)lagen]: Wählen Sie diese Funktion der e-Zuweisung, um eine Anlage (z.B. Befund) hinzuzufügen. Siehe Kapitel 3.5.2

[Ab(s)enden]: Wählen Sie diese Funktion, wenn Sie mit der Erfassung der Daten fertig sind, um die Daten zu übermitteln. Siehe Kapitel 3.5.4

Mit **[(Z)urück)]** kehren Sie je nach Leistungsart zur vorherigen e-Zuweisungserfassungsmaske zurück.

[(O)ptionale Daten erfassen]: Wählen Sie diese Funktion, um weitere optionale Daten der e-Zuweisung hinzuzufügen. Siehe Kapitel 3.5.3

Mit **[(A)bbrechen]** kehren Sie nach einer Bestätigungsaufforderung in das eKOS-Menü (siehe Abbildung 3: eKOS-Menü: Antrag erfassen – Maske 20000) zurück.

3.5.1 Verordnung hinzufügen

Sie gelangen zur leistungsart-bezogenen Verordnungsmaske (siehe dazu mehr im Kapitel 3.4) zurück, um weitere durchzuführende Leistungen für diese e-Zuweisung verordnen zu können.

Beachten Sie, dass Sie max. 10 Verordnungen innerhalb einer e-Zuweisung erfassen können.

3.5.2 Anlagen hinzufügen

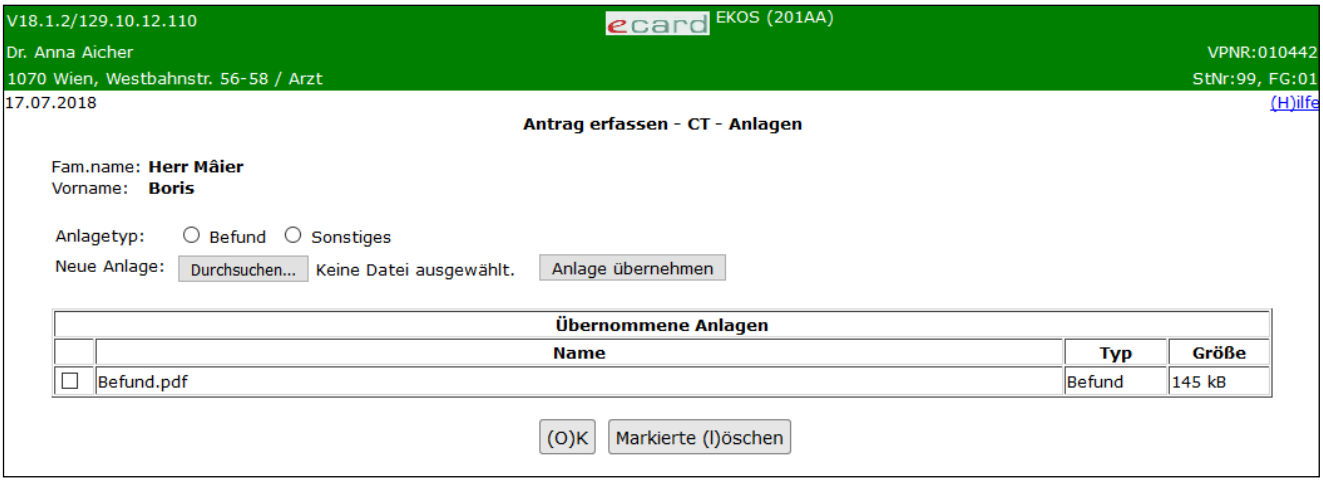


Abbildung 16: Anlagen hinzufügen – Maske 201AA

Sie können einer e-Zuweisung im Bedarfsfall eine Anlage hinzufügen.

[Durchsuchen…]: Mit dieser Funktion erhalten Sie Zugriff auf lokal gespeicherte Dokumente. Wählen Sie das Dokument aus, das Sie hinzufügen möchten, und klicken Sie in der weiterführenden Browsermaske auf **[Öffnen]** (mit **[Abbrechen]** kehren Sie zurück zu *Anlagen hinzufügen*).

Anlagetyp

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„Befund“: Handelt es sich um einen Befund, klicken Sie hierfür bitte auf den entsprechenden Radiobutton.

„Sonstiges“: Handelt es sich um ein Dokument, das nicht einem Befund entspricht, klicken Sie hierfür bitte auf den entsprechenden Radiobutton.

[Anlage übernehmen]: Wenn Sie das gewünschte Dokument und den diesbezüglichen Anlagetyp ausgewählt haben, fügen Sie durch Ausführen dieser Funktion die Anlage dieser e-Zuweisung hinzu. Angefügte Dokumente werden Ihnen in der Tabelle „Übernommene Anlagen“ angezeigt.

Möchten Sie eine bereits angefügte Anlage wieder aus der e-Zuweisung entfernen, markieren Sie diese, indem Sie auf das zugehörige Kontrollkästchensymbol in der Tabelle klicken. Das ersichtliche „Häkchen“ markiert dieses Dokument. Mit **[Markierte (l)öschen]** werden nun alle von Ihnen ausgewählte Anlagen aus der e-Zuweisung entfernt.

Beachten Sie bitte:

Sie können pro e-Zuweisung maximal 10 Anlagen mitschicken, die zusammen eine maximale Größe von 3 MB nicht überschreiten dürfen.

Anlagen mit folgenden Formaten werden unterstützt: jpeg, jpg, png, gif, tiff, tif, pdf, xml und bmp.

Mit **[(O)K]** werden die ausgewählten Anlagen der e-Zuweisung hinzugefügt. Sie kehren automatisch in das Übersichtsmenü (siehe Abbildung 15: Übersicht - erfasste e-Zuweisung – Maske 201BL) zurück. Die Anzahl der hinzugefügten Anlagen wird nun in dieser Maske angezeigt.

3.5.3 Optionale Daten erfassen

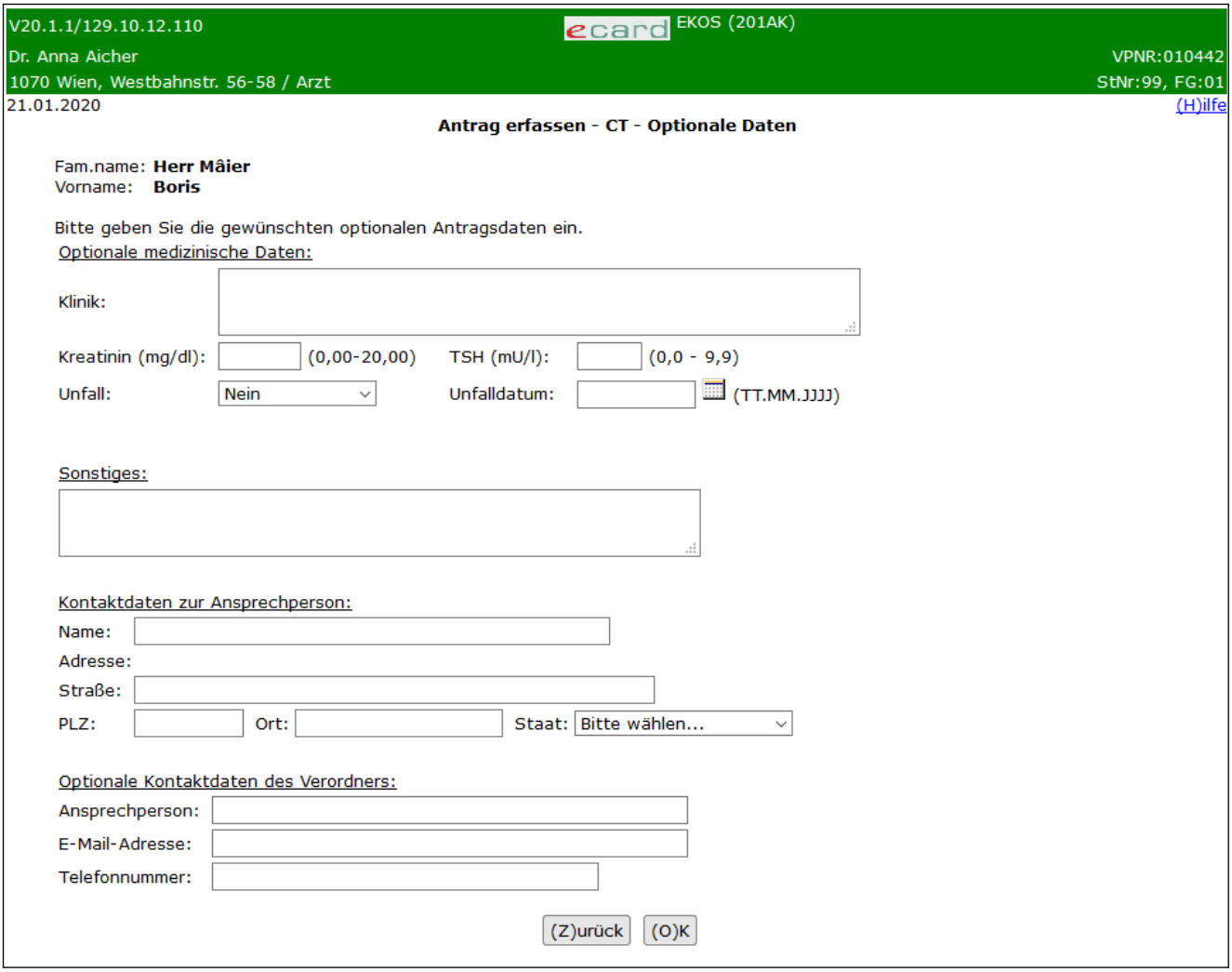


Abbildung 17: Erfassung optionale Daten – Maske 201AK

Optionale medizinische Daten (leistungsartbezogen)

Klinik (bei CT, MR und NUK)

Hier können Sie Angaben bezüglich des gesamten Krankheitsbildes bzw. dem Verlauf der zugrundeliegenden Krankheit anführen.

Kreatinin (mg/dl) (bei CT, MR, NUK und KDM)

Verfügen Sie über einen aktuellen Wert, können Sie diesen bei Bedarf (z. B.: Sie haben für die e-Zuweisung eine Kontrastmittelgabe zur Untersuchung verordnet) erfassen. Bitte beachten Sie die Einheit (mg/dl).

TSH (mU/l) (bei CT, MR, NUK und KDM)

Verfügen Sie über einen aktuellen Wert, können Sie diesen bei Bedarf (z. B.: Sie haben für die e-Zuweisung eine Kontrastmittelgabe zur Untersuchung verordnet) erfassen. Bitte beachten Sie die Einheit (mU/l).

Bisherige Therapie (bei NUK)

Hier können Sie Angaben bezüglich der bisherigen Therapie anführen (max. 1.000 Zeichen).

Radiopharmakon (bei NUK)

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„Ja“: Für die nuklearmedizinische Untersuchung ist eine Radiopharmakon-Arznei erforderlich.

„Nein“: Für die nuklearmedizinische Untersuchung ist keine Radiopharmakon-Arznei erforderlich.

Unfall (bei CT und MR)

Folgende Auswahlmöglichkeiten werden angeboten:

„Ja“: Die Untersuchung ist aufgrund eines Unfalles notwendig.

„Nein“: Die Untersuchung ist nicht aufgrund eines Unfalles notwendig.

Unfalldatum (bei CT und MR)

Sofern die Untersuchung aufgrund eines Unfalles notwendig ist (Feld Unfall wurde mit „Ja“ angegeben), geben Sie in dieses Feld das entsprechende Unfalldatum ein.

Andernfalls ist hier keine Eingabe erlaubt.

Sonstiges:

In diesem Freitextfeld können Sie dem Patienten noch weitere Informationen kommunizieren, wie z.B. die Angabe des von Ihnen vorgeschlagenen Leistungserbringers (max. 256 Zeichen). Diese Angabe ist auch am Druck ersichtlich.

Kontaktdaten zur Ansprechperson:

Sie können hier entweder Kontaktdaten des Versicherten selbst oder der Ansprechperson des Versicherten angeben.

Name: Geben Sie den Vornamen und Zunamen der Ansprechperson ein (max. 140 Zeichen).

Adresse: *Die Adresse besteht aus den unten angeführten Eingabefeldern.*

Straße: Straßenname inkl. Haus/Türnummer (max. 60 Zeichen).

PLZ: Postleitzahl

Ort: Ortsbezeichnung oder Name der Stadt (max. 40 Zeichen).

Staat: Wählen Sie den Staat aus der Liste aus.

Optionale Kontaktdaten des Verordners:

Ansprechperson

Geben Sie ggf. den Vornamen und Nachnamen einer Ansprechperson ein (z. B.: im Vertretungsfall).

E-Mail-Adresse

Geben Sie hier ggf. die E-Mail-Adresse des Verordners ein.

Telefonnummer

Geben Sie hier die Telefonnummer des Verordners ein (Format z. B.: 0664/ …).

Mit **[(Z)urück)]** kehren Sie je nach Leistungsart zur vorherigen e-Zuweisungserfassungsmaske ohne Speicherung der Daten zurück.

Mit **[(O)k]** kehren Sie je nach Leistungsart zur vorherigen e-Zuweisungserfassungsmaske mit Speicherung der erfassten Daten zurück.

3.5.4 Antrag übermitteln

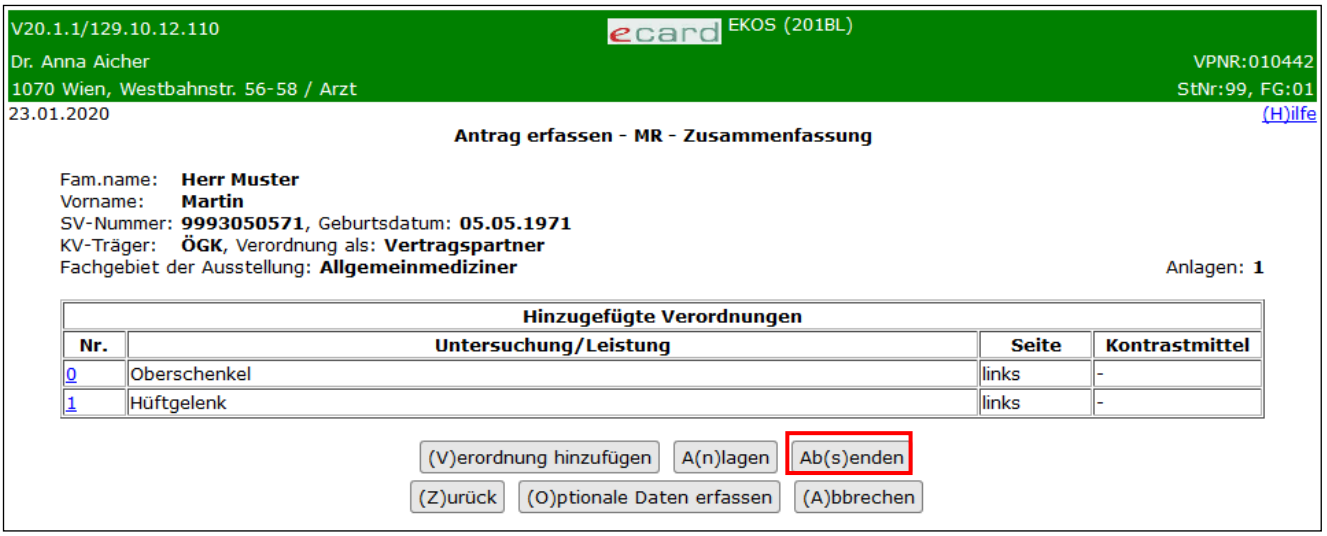


Abbildung 18: Antrag absenden - Maske 201BL

Nach erfolgreichem Absenden der e-Zuweisung erhalten Sie eine Bestätigung (Datum und Uhrzeit der Übermittlung).

Die Ausführungen in grüner Schrift bestätigen die erfolgreiche Übertragung und zeigen die Zeitstampiglie (Datum / Uhrzeit) der Übermittlung an.

Falls für den Patienten kein Foto für die Ausstellung seiner nächsten e-card vorhanden ist, wird Ihnen diesbezüglich eine Information angezeigt (➔ siehe Handbuch *Allgemeiner Teil* Kapitel *Prüfung der Fotoverfügbarkeit*).

Wurde im Zuge der Verarbeitung der Daten bei der Prüfung auf ***Bewilligungspflicht / keine Bewilligungspflicht*** erkannt, dass keine Bewilligungspflicht vorliegt, werden Sie über die Beantwortung in der Übermittlungsbestätigung informiert.

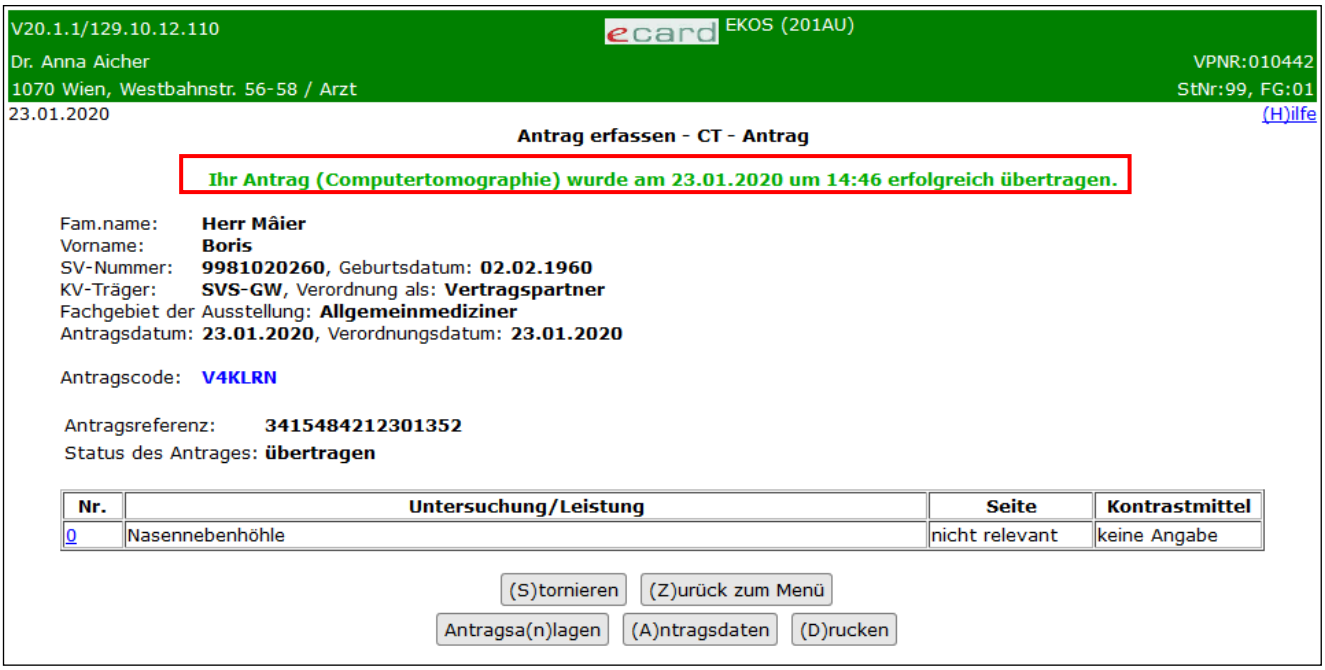


Abbildung 19: eKOS Übertragungsbestätigung Antragsstatus „übertragen“ – Maske 201AU

Antragscode

Dieser identifiziert die e-Zuweisung in Kombination mit der **SV-Nummer oder Kennnummer der EKVK** des Patienten eindeutig.

Verwenden Sie den Link in der Spalte **Nr.** (**Verordnungs-ID** bei beantworteten e-Zuweisungen), um die Daten der erfassten Verordnung einzusehen. Siehe Kapitel 3.5.4.1.

Weitere Informationen zu den angezeigten Feldern siehe Kapitel 7.

Es stehen Ihnen folgende Funktionen zur Verfügung:

Mit **[(Z)urück zum Menü]** beenden Sie den Vorgang und gelangen in das eKOS-Menü zurück (siehe Abbildung 2: eKOS Menü - Maske 20000).

[(S)tornieren]: Verwenden Sie diese Funktion, wenn Sie die e-Zuweisung sofort stornieren wollen. Siehe Kapitel 3.5.4.4.

[(A)]ntragsanlagen]: Verwenden Sie diese Funktion, um die in diesem Antrag erfassten Anlagen einzusehen. Siehe Kapitel 3.5.4.3.

[(A)]ntragsdaten]: Verwenden Sie diese Funktion, um die in diesem Antrag erfassten Daten zum Antrag einzusehen. Siehe Kapitel 3.5.4.2.

[(D]rucken]: Verwenden Sie diese Funktion, um das Informationsblatt zur e-Zuweisung für den Patienten auszudrucken. Siehe Kapitel 3.5.4.5.

3.5.4.1 Details zur Leistung einsehen

Siehe Kapitel 7.1.

3.5.4.2 Antragsdaten einsehen

Siehe Kapitel 7.2.

3.5.4.3 Antragsanlagen einsehen

Siehe Kapitel 7.3.

3.5.4.4 Antrag stornieren

Siehe Kapitel 8.

3.5.4.5 Drucken des Informationsblattes zur elektronischen Zuweisung

Siehe Kapitel 9.

4. Antrag nacherfassen

4.1 Menüeintrag wählen

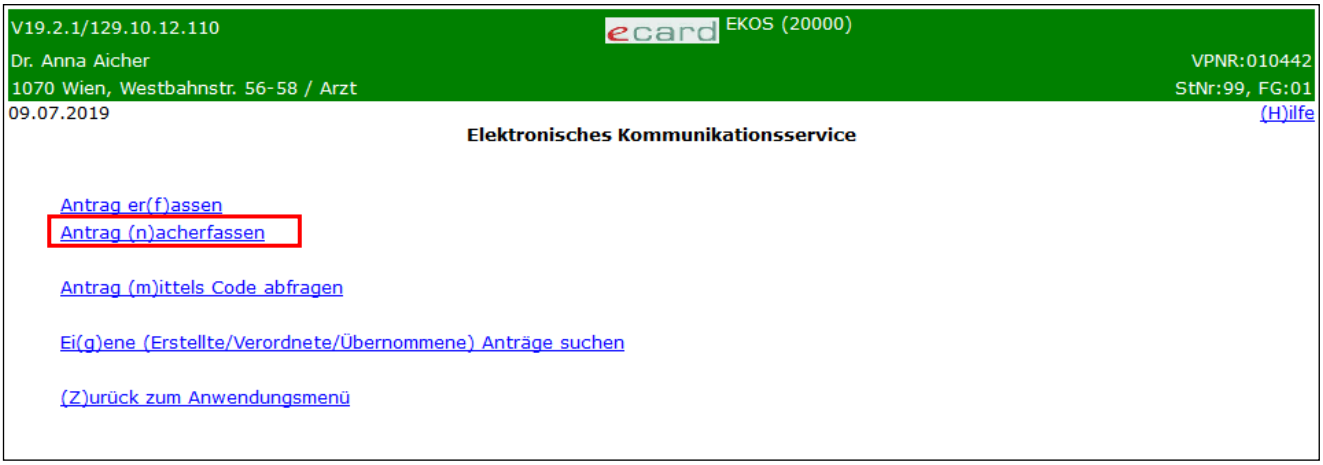


Abbildung 20: eKOS-Menü: Antrag nacherfassen - Maske 20000

Um eine ursprünglich papierschriftlich erstellte Zuweisung nacherfassen zu können, klicken Sie im eKOS-Menü auf **[Antrag (n)acherfassen]**.

Nacherfasste Zuweisungen werden wie erfasste Zuweisungen automatisch auf Bewilligungspflicht / Bewilligungsfreiheit geprüft und ggf. automatisch dem KV-trägerautonomen Bewilligungsverfahren zugeführt!

Dadurch

- *muss der Patient im Falle der Bewilligungspflicht nicht den KV-Träger aufsuchen.*
- *müssen keine unsicheren Medien (wie Telefax) zur Abwicklung des Bewilligungsverfahrens verwendet werden.*
- *herrscht bei allen Akteuren Gewissheit, ob überhaupt eine Bewilligungspflicht besteht.*

4.2 Antrag nacherfassen

4.2.1 Antragsdaten erfassen

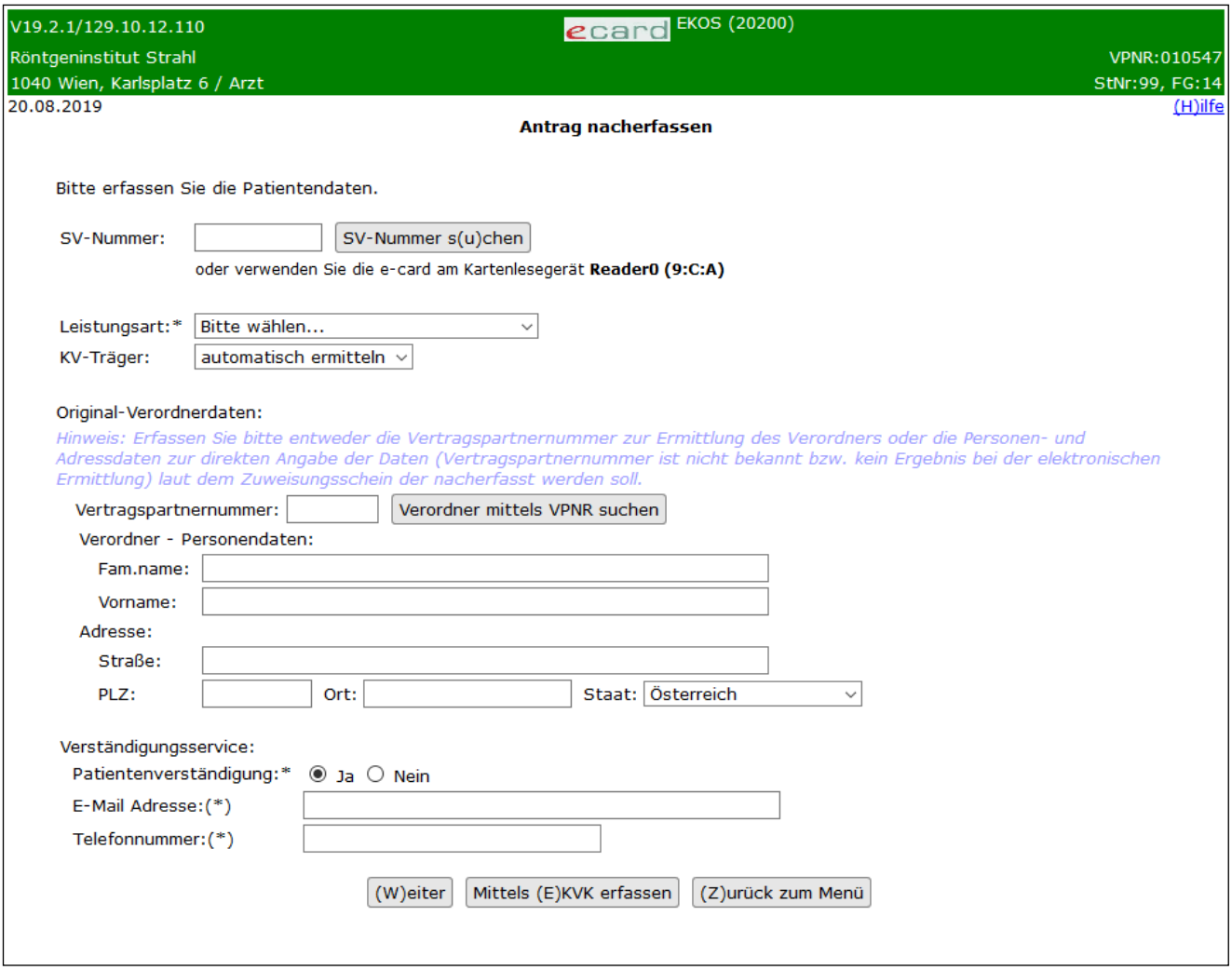


Abbildung 21: Antrag nacherfassen: Leistungsart, Original-Verordner- und Patientendaten - Maske 20200

Informationen über die **Zuweisung der Patientenstammdaten**, **Auswahl der Leistungsart** und **Verständigungsservice** entnehmen Sie bitte dem Kapitel 3.2.1.

Vertragspartnernummer

Sofern der papierschriftlichen Zuweisung die Vertragspartnernummer (VPNR) des zuweisenden Verordners entnommen werden kann, geben Sie diese bitte in das Datenfeld ein. Mittels **[Verordner mittels VPNR suchen]** werden die Stammdaten, sofern die VPNR verfügbar ist, automatisch zugeordnet.



Auch ein Wahlpartner kann über eine Vertragspartnernummer verfügen. Diese kann auf papierschriftlichen Zuweisungen eines Wahlpartners enthalten sein.

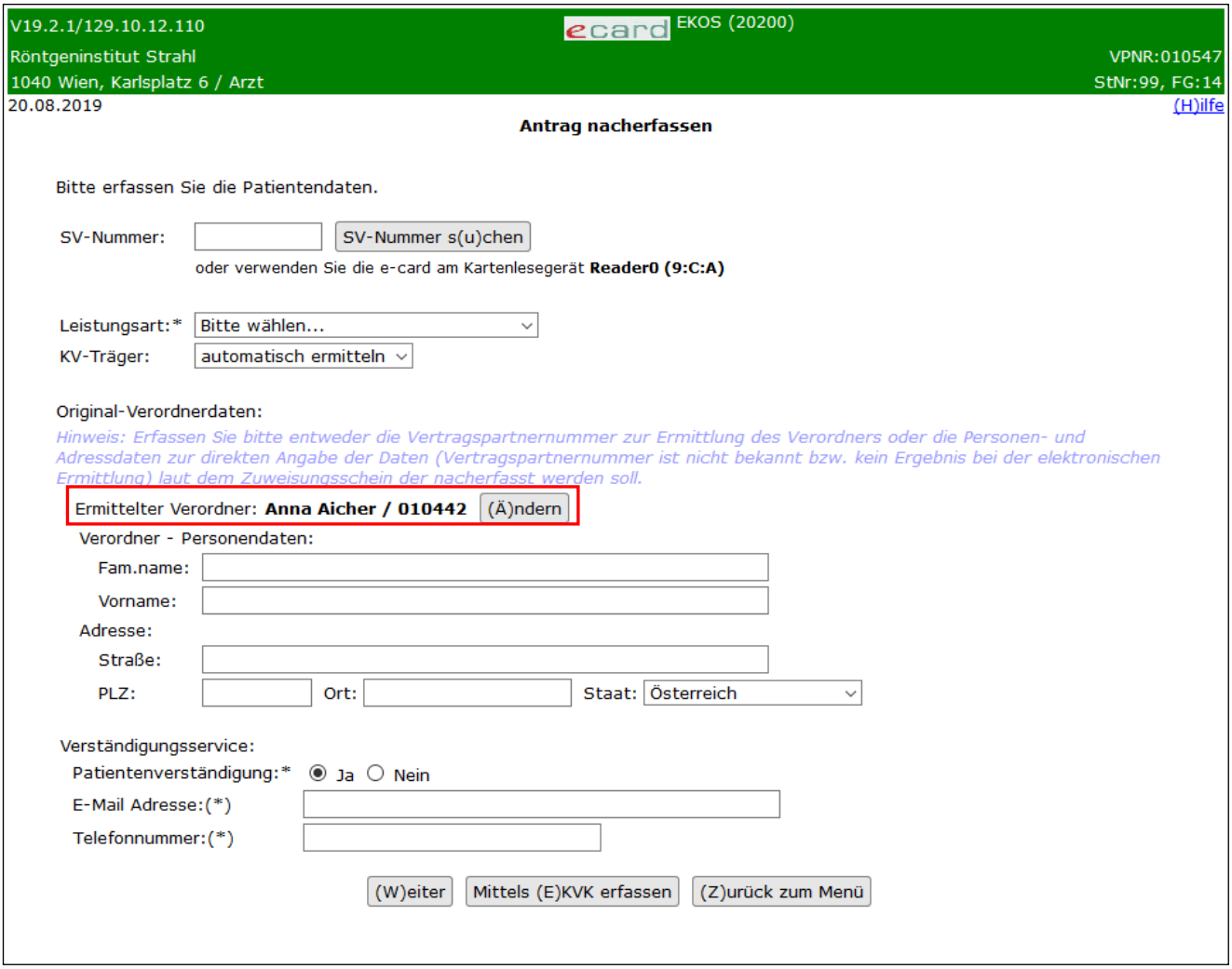


Abbildung 22: Original-Verordner-Stammdaten ändern – Maske 20200

Wird nicht der tatsächliche Verordner angezeigt, können Sie via **[Ändern]** erneut eine VPNR eingeben.

Ist die VPNR des Verordners auf der papierschriftlichen Zuweisung nicht enthalten oder der tatsächliche Verordner kann mittels [Verordner mittels VPNR suchen] / [ändern] nicht gefunden werden, geben Sie bitte in folgenden Datenfeldern Informationen über den Verordner an:

Verordner – Personendaten

Fam.name: Geben Sie hier den Familiennamen des Original-Verordners an *(max. 70 Zeichen)*.

Vorname: Geben Sie hier den Vornamen des Original-Verordners an *(max. 70 Zeichen)*.

Adresse: *Die Adresse besteht aus den unten angeführten Eingabefeldern.*

Straße: Geben Sie hier den Straßennamen inkl. Haus/Türnummer an.

PLZ: Postleitzahl

Ort: Ortsbezeichnung oder Name der Stadt

Staat: Wählen Sie den Staat aus der Liste aus.

Wählen Sie **[(W)eiter],** um mit der Antragsnacherfassung fortzufahren.

Mit **[Mittels (E)KVK erfassen]** können Sie für einen ausländischen Patienten die papierschriftliche Zuweisung nacherfassen. Siehe dazu mehr im Kapitel 3.2.2.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** beenden Sie den Vorgang und gelangen in das eKOS-Menü zurück (siehe Abbildung 2: eKOS Menü - Maske 20000).

4.2.2 Antragsdaten für EKVK-Patienten erfassen

Informationen über die **Erfassung der EKVK-Daten**, **Auswahl der Leistungsart** und **Verständigungsservice** entnehmen Sie bitte dem Kapitel 3.2.2.

Informationen über die **Erfassung der Original-Verordnerdaten** entnehmen Sie bitte dem Kapitel 4.2.1.

4.3 Medizinische Daten erfassen

4.3.1 Allgemeine Daten für alle Leistungsarten

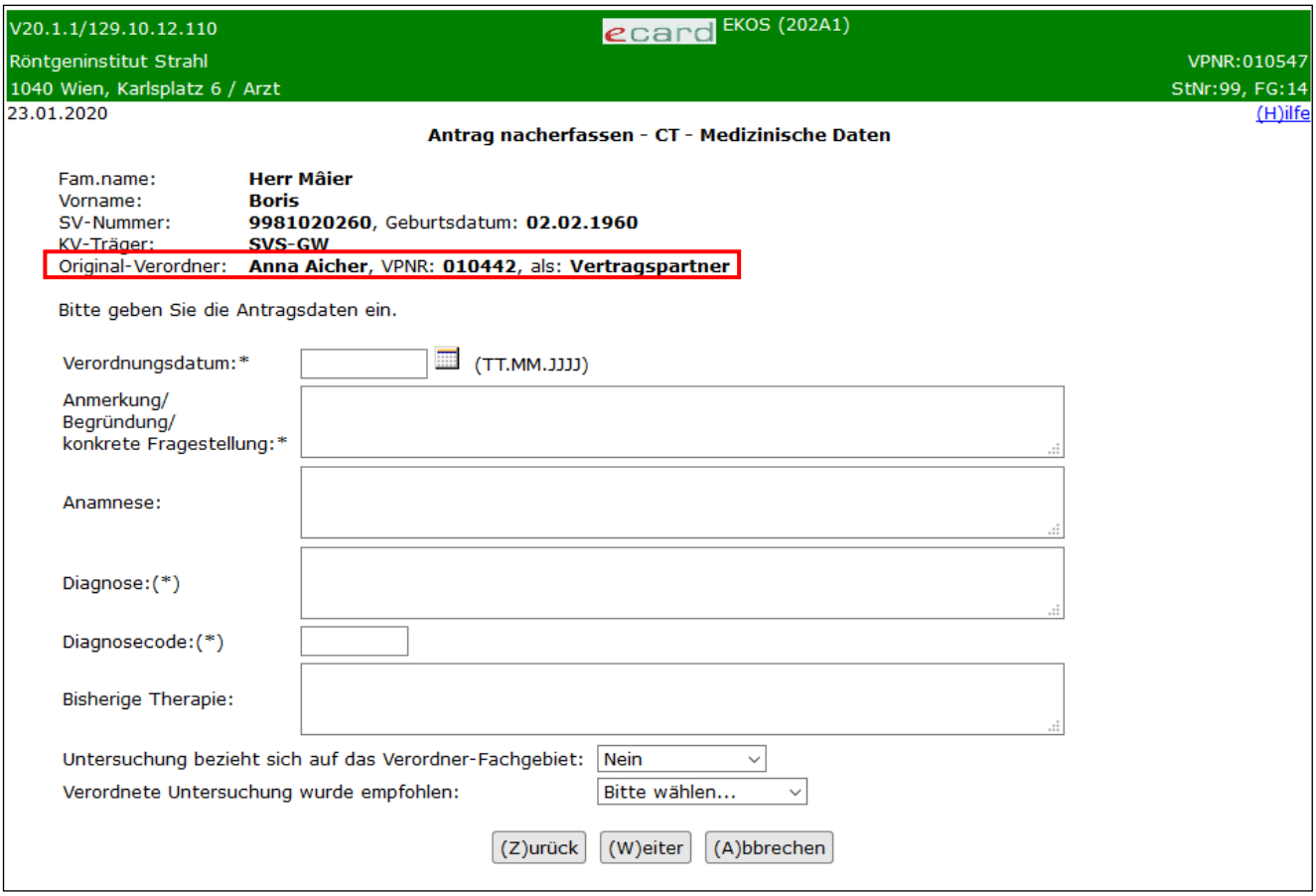


Abbildung 23: Antrag nacherfassen: allgemeine Daten - Maske 202A1

Der Original-Verordner kann als "Vertragspartner" oder "Wahlpartner" geführt werden. Die Zuordnung erfolgt folgendermaßen:

- *Vertragspartner: kurativer Vertrag mit dem berechtigten Fachgebiet zum leistungszuständigen Träger des Patienten*

- *Wahlpartner: Vertrag (kein kurativer Vertrag) mit einem berechtigten Fachgebiet zum leistungszuständigen Träger des Patienten*

Die Angabe „Vertragspartner“ bzw. „Wahlpartner“ beim Original-Verordner entfällt, wenn z. B. die Vertragspartnernummer nicht ermittelt werden konnte und die Original-Verordner-Daten händisch erfasst wurden. In diesem Fall wird „unbekannt“ angezeigt.

Unabhängig von der Leistungsart werden zusätzlich zu den in Kapitel 3.3.1 definierten Feldern folgende Datenfelder angeboten:

Verordnungsdatum

Geben Sie hier das Datum der Zuweisungserstellung an (lt. papierschriftlicher Zuweisung) – Format TT.MM.JJJJ



Die Nacherfassung eines Antrags ist nur bis maximal ein Monat ab der Erstellung der Originalzuweisung möglich. Liegt das Verordnungsdatum zum Zeitpunkt der Nacherfassung weiter als ein Monat in der Vergangenheit, wird eine Fehlermeldung angezeigt.

4.3.2 Weitere medizinische Daten in Abhängigkeit der Leistungsart

Folgende zusätzliche Datenfelder werden abhängig von der Leistungsart angeboten:

Bisherige Therapie (bei CT, MR, RÖ-T, RÖ/SO) siehe Kapitel 3.3.2

Methode: (bei KDM) siehe Kapitel 3.3.2

Fragilitätsfraktur (bei KDM) siehe Kapitel 3.3.2

Methode (bei RÖ-T) siehe Kapitel 3.3.2

DNA-Arrayanalyse (bei HUM)

„Ja“: Es ist eine DNA-Arrayanalyse als Leistung vorgesehen.

„Nein“: Es ist keine DNA-Arrayanalyse als Leistung vorgesehen.

4.4 Verordnung erfassen

Die Masken und Datenfelder zur Eingabe entsprechen jenen der e-Zuweisungserfassung, siehe Kapitel 3.4. Lediglich die Eingabe Indikationen für die diagnostische Mammographie bei der Leistungsart RÖ/SO und der Katalogleistung „Mammographie“ unterschiedet sich von der e-Zuweisungserfassung. Bei der Nacherfassung ist die Eingabe optional, unabhängig des Geschlechts des Patienten.

4.5 Zusammenfassung des nacherfassten Antrags

Die Übersichtsinformationen über Ihre nacherfasste e-Zuweisung und die Ihnen zur Verfügung stehenden Funktionen entsprechen jenen im Kapitel 3.5. Es wird daher lediglich auf die verpflichtende Übermittlung des Original-Zuweisungsscheins, sowie die Angabemöglichkeit einer Ansprechperson zum Ersteller im Detail eingegangen.



Abbildung 24: Verordnung hinzufügen - Maske 202AL

Für nacherfasste e-Zuweisungen ist es erforderlich, dass die originale papierschriftliche Zuweisung als Anhang hinzugefügt wird.

Dafür steht Ihnen die Funktion **[A(n)lagen]** zur Verfügung mit dem zusätzlichen Anlagetyp „Originalverordnung“.



Abbildung 25: Antrag nacherfassen – Original-Zuweisung – Maske 202AA

Die möglichen Dateitypen der Attachements können Sie dem Kapitel 3.5.2 entnehmen.

Für die Integration papierschriftlicher Zuweisungsscheine im Rahmen der Nacherfassung muss die Originalzuweisung mittels Scanner elektronifiziert werden.

Die Funktion **[(O)ptionale Daten erfassen**] ist gleich wie bei „Antrag erfassen“, siehe Kapitel 3.5.3, mit der Ausnahme, dass bei der Nacherfassung ein zusätzliches Feld angeboten wird.

Optionale Kontaktdaten des Erstellers:

Ansprechperson:

Geben Sie den Vornamen und Zunamen des Erstellers ein (max. 140 Zeichen).

5. Antrag mittels Code abfragen

5.1 Menüeintrag wählen

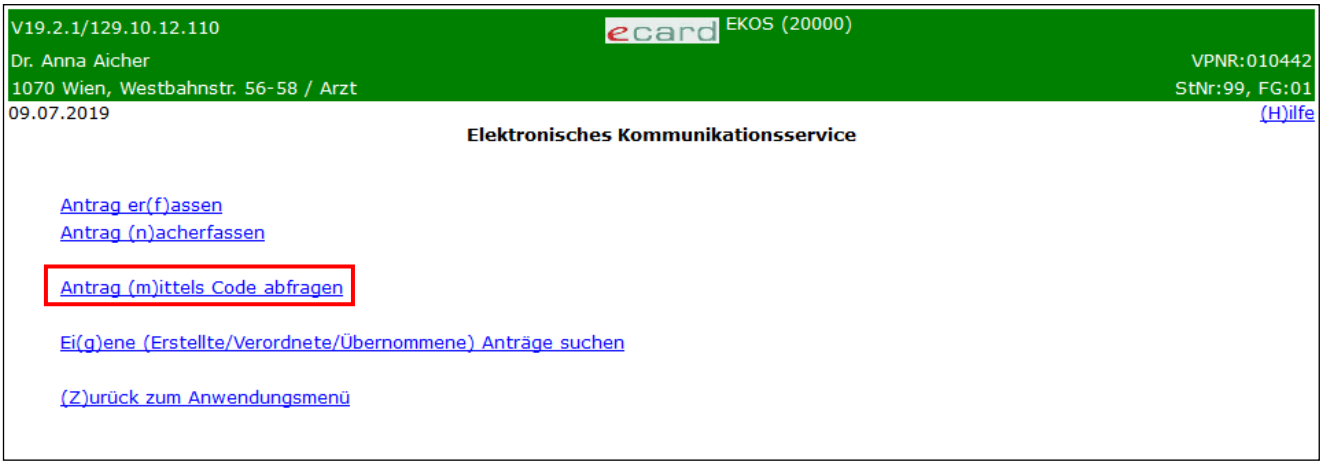


Abbildung 26: eKOS-Menü: Antrag mittels Code abfragen – Maske 20000

Wählen Sie [**Antrag (m)ittels Code abfragen],** um eine e-Zuweisung abzufragen.

5.2 Antrag mittels Code abfragen

Diese Funktion erlaubt Ihnen die Abfrage einer e-Zuweisung durch Zustimmung des Patienten. Diese Zustimmung erfolgt mit der Übergabe des Antragscodes durch diesen an Sie.

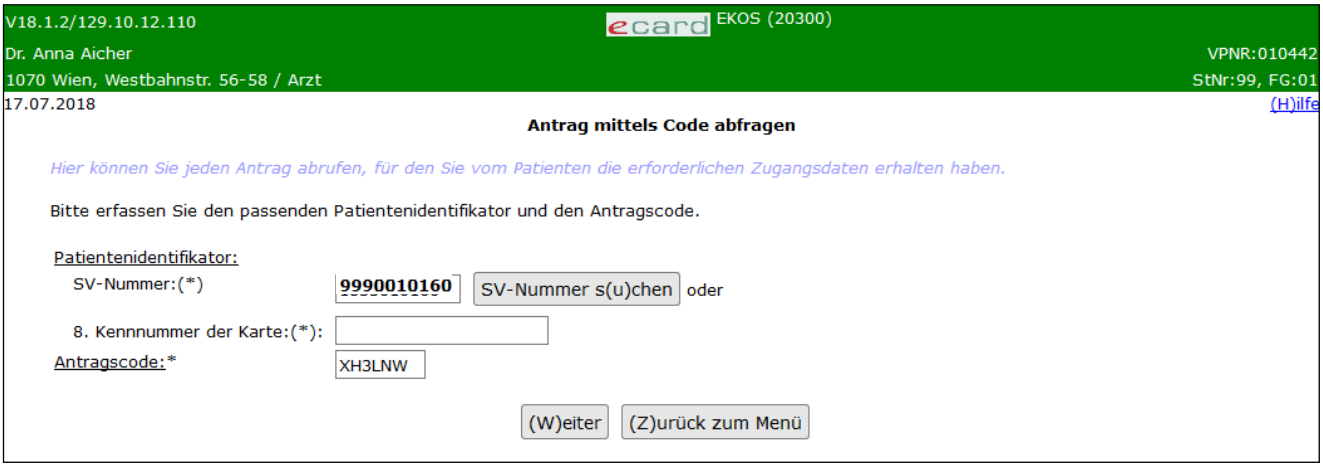


Abbildung 27: Antrag mittels Code abfragen - Maske 20300

Für die Abfrage ist **immer** der **Antragscode** erforderlich **und** entweder die

- **SV-Nummer** des Patienten

  oder

- **Kennnummer der Karte** (Feld 8 der EKVK) des ausländischen Patienten

SV-Nummer

Geben Sie die Sozialversicherungsnummer des Patienten ein.

Beachten Sie bitte:

Das Feld ermittelt sich die Sozialversicherungsnummer nicht aus einer verwendeten e-card. Somit ist eine manuelle Eingabe zwingend erforderlich, sofern nicht eine Kennnummer der EKVK eingegeben wird.

8. Kennnummer der Karte

Geben Sie hier die Kennnummer der EKVK (Feld 8) des ausländischen Patienten ein.

Antragscode

Geben Sie hier den Antragscode ein, den Ihnen der Patient mitteilt oder übergibt.

Sofern die Eingaben korrekt durchgeführt wurden, fragen Sie die e-Zuweisung mit **[(W)eiter]** ab.

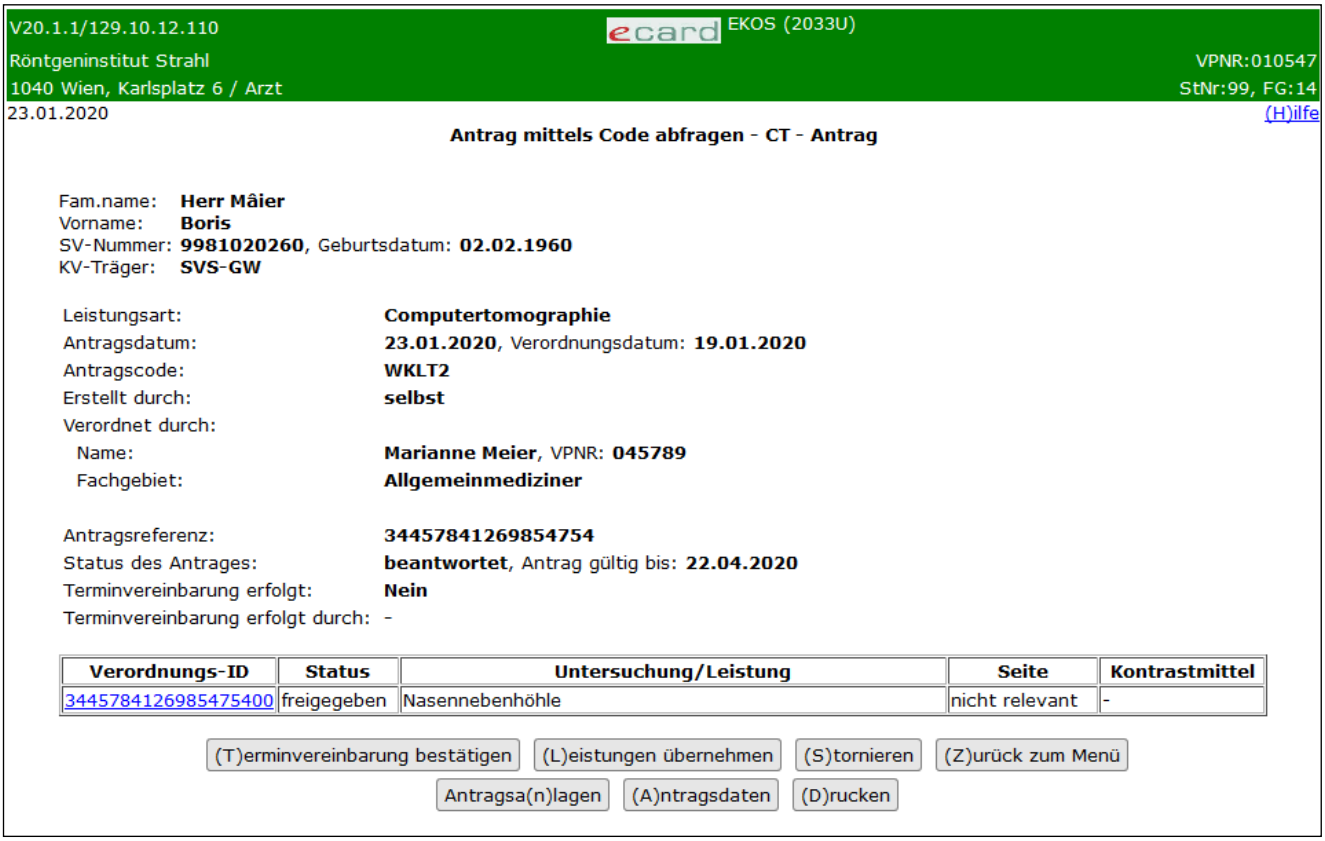


Abbildung 28: Antrag mittels Code abfragen: Antragsübersicht - Maske 2033U

Informationen hinsichtlich der dargestellten Daten und den Möglichkeiten der Dateneinsicht entnehmen Sie bitte den Kapiteln 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3 und 5.2.4.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** beenden Sie den Vorgang und gelangen in das eKOS-Menü zurück (siehe Abbildung 2: eKOS Menü - Maske 20000).

[(D]rucken]: Verwenden Sie diese Funktion, um einen Ausdruck der angezeigten e-Zuweisung zu erhalten. Siehe Kapitel 5.2.9.

In Abhängigkeit des Status der e-Zuweisung werden Ihnen unterschiedliche Funktionen angeboten:

- **[(T)erminvereinbarung bestätigen] / [Terminvereinbarung wide(r)rufen] :** siehe Kapitel 5.2.5.
- **[(L)eistungen übernehmen] / [(Ü)bernommene Leistungen widerrufen]:** siehe Kapitel 5.2.6.
- **[(E)videnzdaten]:** siehe Kapitel 5.2.7
- **[(S)tornieren]:** siehe Kapitel 5.2.8.

5.2.1 Antrag einsehen

Siehe Kapitel 7.

5.2.2 Details zur Leistung einsehen

Siehe Kapitel 7.1.

5.2.3 Antragsdaten einsehen

Siehe Kapitel 7.2.

5.2.4 Antragsanlagen einsehen

Siehe Kapitel 7.3.

5.2.5 Terminvereinbarung bestätigen / widerrufen

Siehe Kapitel 7.4.

5.2.6 Leistungen übernehmen / widerrufen

Siehe Kapitel 7.5.

5.2.7 Evidenzdaten einsehen / Antwort erfassen

Siehe Kapitel 7.6.

5.2.8 Stornieren des Antrags

Siehe Kapitel 8.

5.2.9 Drucken des Informationsblattes zur elektronischen Zuweisung

Siehe Kapitel 9.

6. Eigene (Erstellte/Verordnete/Übernommene) Anträge suchen

6.1 Menüeintrag wählen

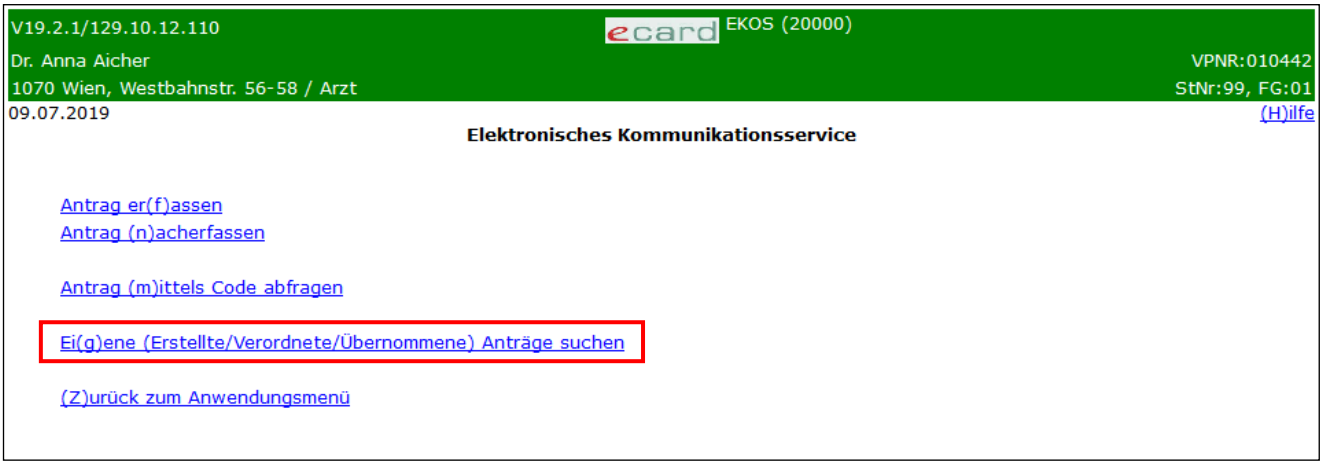


Abbildung 29: eKOS-Menü: Eigene (Erstellte/Verordnete/Übernommene) Anträge suchen – Maske 20000

Wählen Sie **[Ei(g)ene (Erstellte/Verordnete/Übernommene) Anträge suchen],** um Ihre e-Zuweisungen abzufragen, für die Sie keinen Antragscode benötigen.

6.2 Eigene Anträge suchen

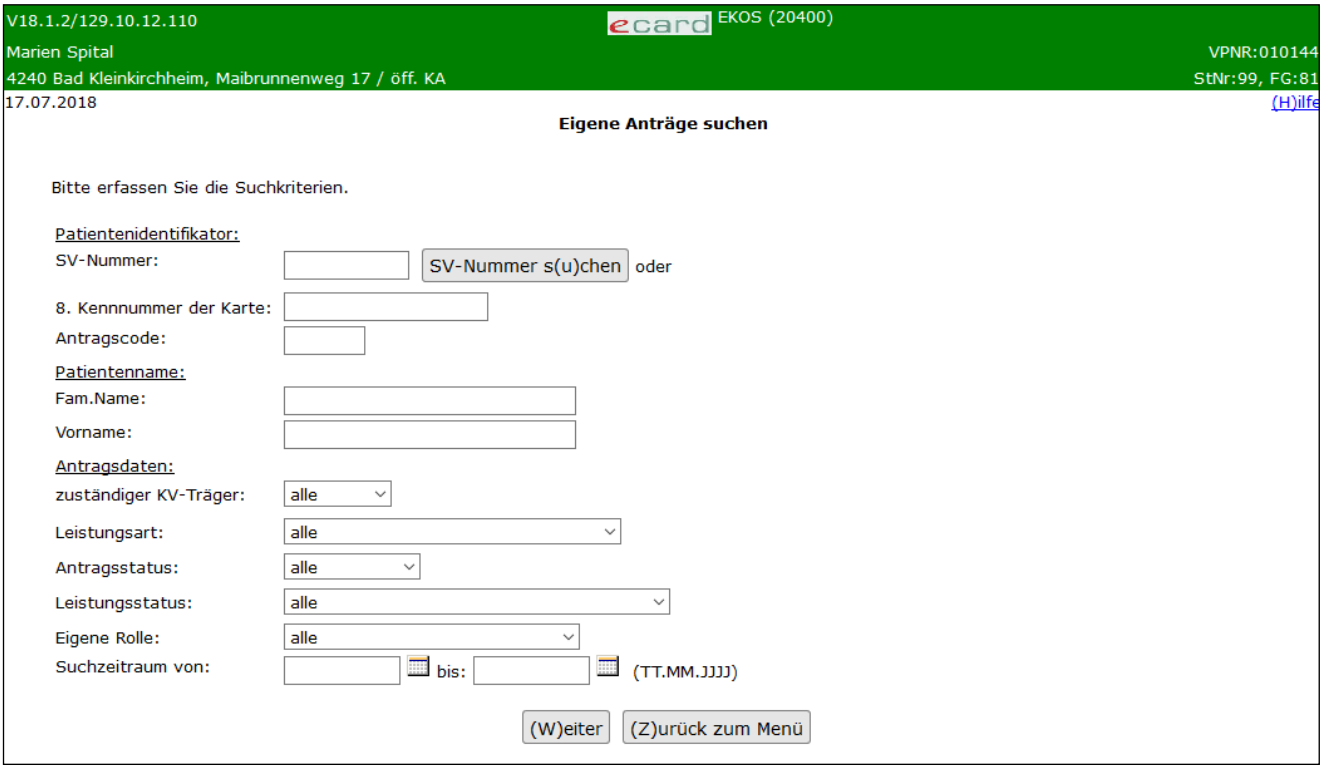


Abbildung 30: Eigene Anträge suchen - Maske 20400

In dieser Maske können Sie e-Zuweisungen auch ohne Zustimmung des Patienten abrufen.

Es handelt sich hierbei um e-Zuweisungen,

- die Sie selbst erstellt (erfasst bzw. nacherfasst) haben,
- die Sie papierschriftlich erstellt haben und die durch einen anderen Vertragspartner nacherfasst wurden,
- die Sie, durch Erhalten des Antragscodes und der Sozialversicherungsnummer durch einen Patienten, gesucht haben,
- bei denen Sie die Leistungserbringung bestätigt haben.

Alle Datenfelder dienen zur Einschränkung der Gesamtmenge aller e-Zuweisungen, bei denen Sie zur Einsicht berechtigt sind.

Patientenidentifikator

SV-Nummer

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, welche die eingegebene SVNR des Versicherten enthalten.

8 Kennnummer der Karte

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, die für diese Kennnummer der EKVK (Feld 8) verfügbar sind.

Antragscode

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf genau jene ein, auf die dieser Antragscode verweist. Es wird exakt ein Antrag retourniert, wenn Sie als Filter die SV-Nummer + Antragscode bzw. Kennnummer der EKVK + Antragscode zur Suche verwenden.

Patientenname

Fam.Name

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, die für diesen Nachnamen verfügbar sind.

Vorname

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, die für diesen Vornamen verfügbar sind.

Antragsdaten

zuständiger KV-Träger

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, bei denen der ausgewählte KV-Träger der leistungszuständige KV-Träger des Antrages ist.

Leistungsart

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene dieser Leistungsart ein.

Antragsstatus

Sie schränken die Auswahl an e-Zuweisungen auf jene ein, welche den vorgegebenen Antragsstatus führen.

Leistungsstatus

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, bei denen der Leistungsstatus der einzelnen Verordnungen Ihrer Auswahl entspricht.

Hinweis: Es handelt sich hierbei für die Suche um einen zusammengeführten Leistungsstatus über alle Leistungen innerhalb der e-Zuweisung (Beispiel: Mindestens eine Leistung ist freigeben).

Falls Sie die Suche als Verordner durchführen und Zuweisungen mit dem Leistungsstatus „mindestens eine Leistung ist bewilligt / geändert bewilligt“ suchen, wählen Sie bitte die Auswahl „mind. eine Leistung ist freigegeben“ aus. Sofern Sie in den gefundenen Zuweisungen als Verordner eingetragen sind, wird Ihnen auf den folgenden Masken der von Ihnen gesuchte Leistungsstatus angezeigt.

Eigene Rolle

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, bei denen Sie die Rolle Ihrer Auswahl eingenommen haben.

Suchzeitraum von / bis

Sie schränken die Anzahl an e-Zuweisungen auf jene ein, deren Verordnungsdatum zwischen den eingegebenen (von / bis) Datumswerten liegt.

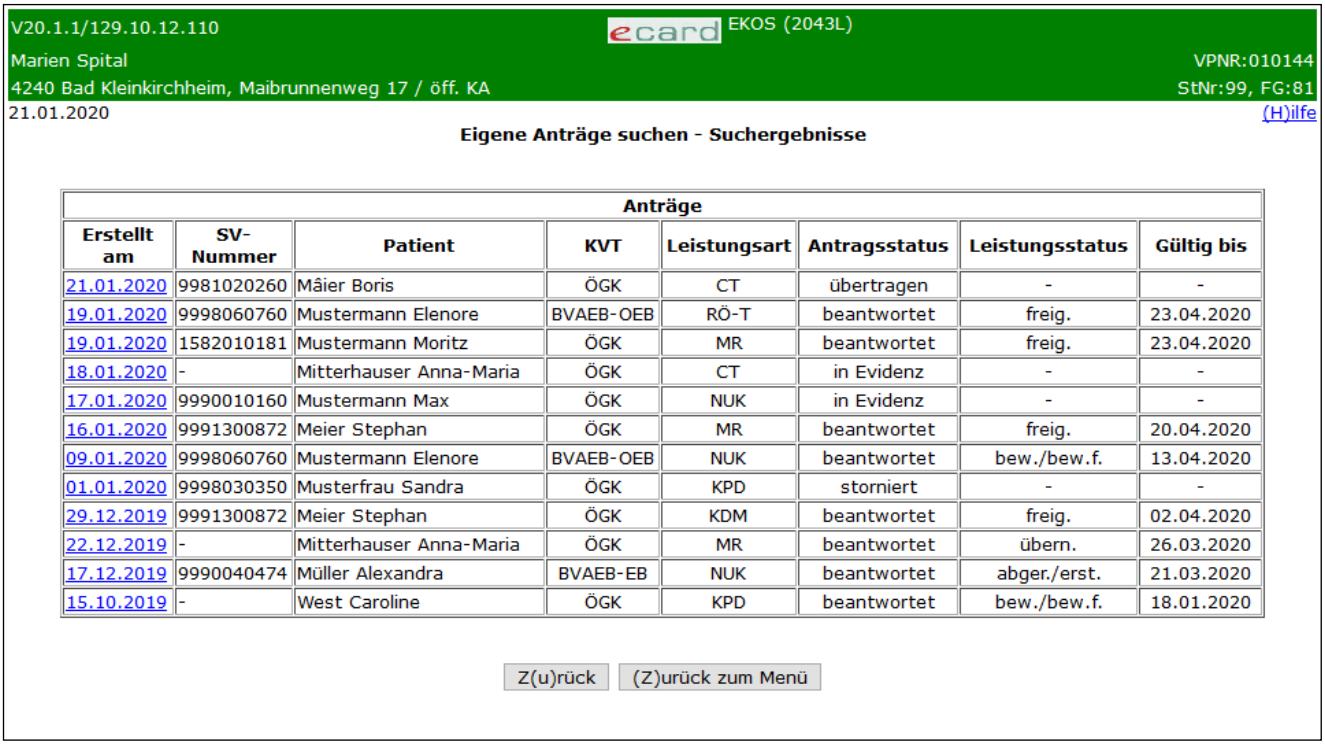


Es kann nach den Anträgen, welche Sie mit Antragscode und Sozialversicherungsnummer des Patienten abgerufen haben, nicht explizit gesucht werden. Diese erhalten Sie, wenn Sie keine expliziten Sucheinschränkungen treffen.

Mit **[(W)eiter]** gelangen Sie zur Maske, die Ihnen alle e-Zuweisungen gemäß Ihren Einschränkungen anzeigt.

Mit **[Z(u)rück) zum Menü]** kehren Sie zur Suchmaske (siehe Abbildung 30: Eigene Anträge suchen - Maske 20400***/*** zurück.

6.3 Suchergebnisse



V20.1.1/129.10.12.110 ecard EKOS (2043L)
Marien Spital VPNR:010144
4240 Bad Kleinkirchheim, Maibrunnenweg 17 / öff. KA StNr:99, FG:81
21.01.2020 (H)ilfe

Eigene Anträge suchen - Suchergebnisse

Anträge

Erstellt am	SV-Nummer	Patient	KVT	Leistungsart	Antragsstatus	Leistungsstatus	Gültig bis
21.01.2020	9981020260	Mâier Boris	ÖGK	CT	übertragen	-	-
19.01.2020	9998060760	Mustermann Elenore	BVAEB-OEB	RÖ-T	beantwortet	freig.	23.04.2020
19.01.2020	1582010181	Mustermann Moritz	ÖGK	MR	beantwortet	freig.	23.04.2020
18.01.2020	-	Mitterhauser Anna-Maria	ÖGK	CT	in Evidenz	-	-
17.01.2020	9990010160	Mustermann Max	ÖGK	NUK	in Evidenz	-	-
16.01.2020	9991300872	Meier Stephan	ÖGK	MR	beantwortet	freig.	20.04.2020
09.01.2020	9998060760	Mustermann Elenore	BVAEB-OEB	NUK	beantwortet	bew./bew.f.	13.04.2020
01.01.2020	9998030350	Musterfrau Sandra	ÖGK	KPD	storniert	-	-
29.12.2019	9991300872	Meier Stephan	ÖGK	KDM	beantwortet	freig.	02.04.2020
22.12.2019	-	Mitterhauser Anna-Maria	ÖGK	MR	beantwortet	übern.	26.03.2020
17.12.2019	9990040474	Müller Alexandra	BVAEB-EB	NUK	beantwortet	abger./erst.	21.03.2020
15.10.2019	-	West Caroline	ÖGK	KPD	beantwortet	bew./bew.f.	18.01.2020

Z(u)rück (Z)urück zum Menü

Abbildung 31: Eigene Anträge suchen: Suchergebnisse - Maske 2043L

Das Ergebnis der Suche wird in Listenform dargestellt und beinhaltet alle Ihre e-Zuweisungen, die Ihren Suchkriterien bzw. Einschränkungen entsprechen.

Folgender Inhalt wird in den Spalten beauskunftet:

Erstellt am

Enthält das Antragsdatum. Über den Link gelangen Sie zur Antragsübersicht.

SV-Nummer

Bei Anträgen, die mit SVNR erfasst wurden, wird diese angezeigt. Wurde der Antrag mittels EKVK-Daten erstellt, wird ein „-“ angezeigt. Die Kennnummer der EKVK (Feld 8) wird nicht angezeigt.

Patient

Es wird der Zu- und Vorname des Patienten angezeigt.

KVT

Zuständiger KV-Träger des Versicherten.

Leistungsart

Die Leistungsart der e-Zuweisung.

Antragsstatus

Der Antragsstatus der e-Zuweisung.

Leistungsstatus

Der zusammengeführte Leistungsstatus zu einer e-Zuweisung. Mögliche Werte:

- bew./bew.f.: Mindestens eine Leistung im Antrag ist bewilligt, geändert bewilligt oder bewilligungsfrei (keine Leistung ist übernommen oder abgerechnet) und die Abfrage erfolgt durch den Verordner.
- übern.: Mindestens eine Leistung im Antrag ist übernommen (keine Leistung ist abgerechnet).
- abger./erst.: Mindestens eine Leistung im Antrag ist abgerechnet bzw. erstattet.
- abgel.: Alle Leistungen im Antrag sind abgelehnt.
- freig.: Mindestens eine Leistung im Antrag ist bewilligt, geändert bewilligt oder bewilligungsfrei (keine Leistung ist übernommen oder abgerechnet) und die Abfrage erfolgt nicht durch den Verordner.

Hinweis: Ist die e-Zuweisung noch nicht beantwortet und somit kein Leistungsstatus vorhanden, wird "-" angezeigt.

Gültig bis

Das Gültigkeitsdatum der e-Zuweisung.

Hinweis: Ist die e-Zuweisung noch nicht beantwortet und somit kein Gültigkeitsdatum vorhanden, so wird „-" angezeigt.

Sofern die von Ihnen gesuchte e-Zuweisung unter den gelisteten aufscheint, klicken Sie bei der e-Zuweisung Ihrer Wahl auf das mit blauer Schrift zugeordnete **[Erstellungsdatum]** (beispielsweise **[20.04.2016]**), um diese zu öffnen.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** beenden Sie an dieser Stelle den Vorgang und gelangen in das eKOS-Menü zurück (siehe Abbildung 2: eKOS Menü - Maske 20000).

Mit **[Z(u)rück)]** kehren Sie zur Suchmaske zurück (siehe Abbildung 30: Eigene Anträge suchen - Maske 20400**)**.

6.3.1 Antrag einsehen

Informationen hinsichtlich der dargestellten Daten und den Möglichkeiten der Dateneinsicht entnehmen Sie bitte den Kapiteln 7., 6.3.2, 6.3.3 und 6.3.4.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** beenden Sie an dieser Stelle den Vorgang und gelangen in das eKOS-Menü zurück (siehe Abbildung 2: eKOS Menü - Maske 20000).

Mit **[Zurück zur Liste]** gelangen Sie zurück zu den ermittelten Suchergebnissen.

[(D]rucken]: Verwenden Sie diese Funktion, um einen Ausdruck der angezeigten e-Zuweisung zu erhalten. Siehe Kapitel 6.3.9.

In Abhängigkeit des Status der e-Zuweisung werden Ihnen unterschiedliche Funktionen angeboten:

- **[(T)erminvereinbarung bestätigen] / [Terminvereinbarung wide(r)rufen] :** siehe Kapitel 6.3.5.
- **[(L)eistungen übernehmen] / [(Ü)bernommene Leistungen widerrufen]:** siehe Kapitel 6.3.6.
- **[(E)videnzdaten]:** siehe Kapitel 6.3.7
- **[(S)tornieren]:** siehe Kapitel 6.3.8.

6.3.2 Details zur Leistung einsehen

Siehe Kapitel 7.1.

6.3.3 Antragsdaten einsehen

Siehe Kapitel 7.2.

6.3.4 Antragsanlagen einsehen

Siehe Kapitel 7.3.

6.3.5 Terminvereinbarung bestätigen / widerrufen

Siehe Kapitel 7.4.

6.3.6 Leistungen übernehmen / widerrufen

Siehe Kapitel 7.5.

6.3.7 Evidenzdaten einsehen / Antwort erfassen

Siehe Kapitel 7.6.

6.3.8 Stornieren des Antrags

Siehe Kapitel 8.

6.3.9 Drucken des Informationsblattes zur elektronischen Zuweisung

Siehe Kapitel 9.

7. Antrag einsehen

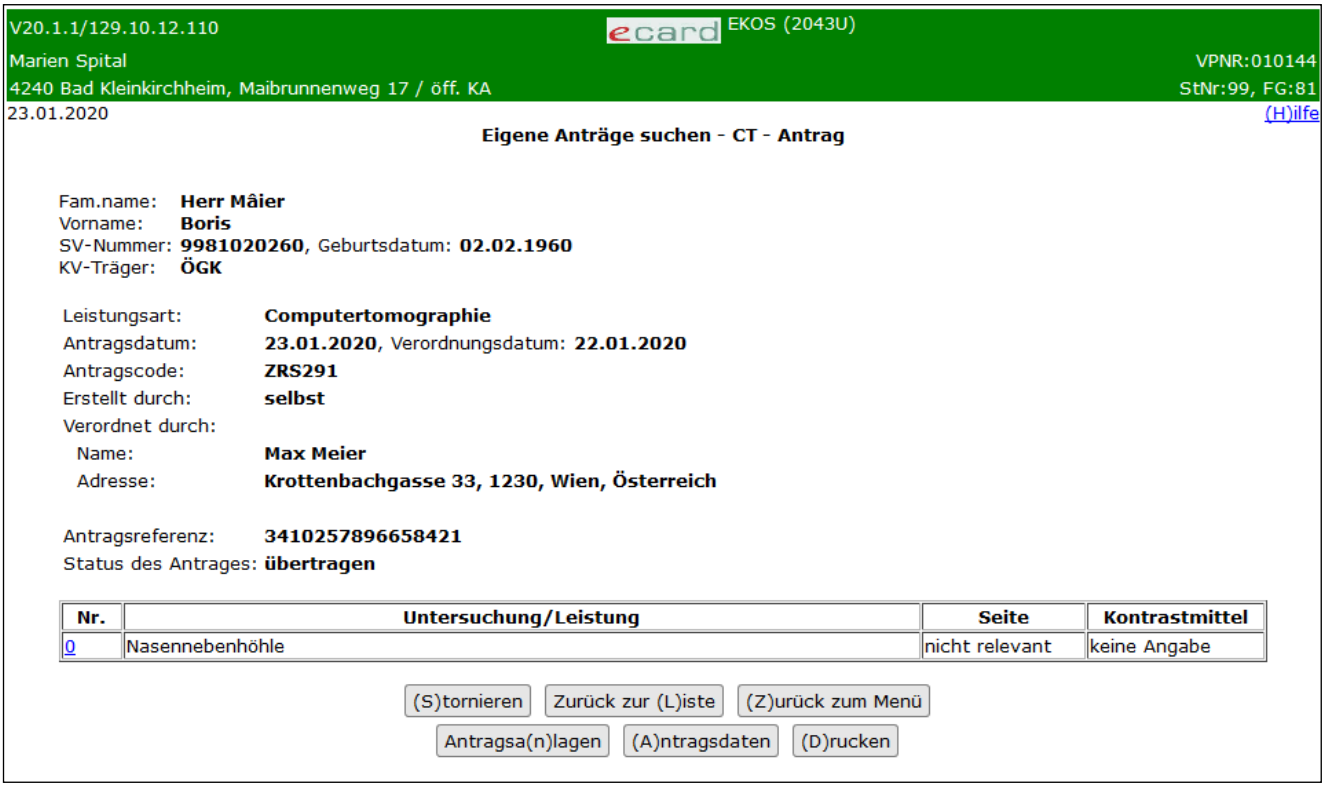


Abbildung 32: Eigene Anträge suchen: Antragsübersicht - Maske 2043U

Abhängig vom Antragsstatus werden folgende Felder in der Maske beauskunftet:

Antragsdatum

Datum, zu dem der Antrag erfasst wurde.

Verordnungsdatum

Datum der (papierschriftlichen) Originalverordnung bei nacherfassten Anträgen, anderenfalls ident mit dem Antragsdatum.

Antragscode

Dieser identifiziert die e-Zuweisung in Kombination mit der **SV-Nummer oder Kennnummer der EKVK** des Patienten eindeutig.

Der Patient muss unbedingt über den Antragscode verfügen, weil dieser in Kombination mit der SVNR oder der Kennnummer der EKVK die e-Zuweisung identifiziert (z. B.: radiologisches Institut). Mittels Übergabe dieses Antragscodes und der SVNR / Kennnummer der EKVK des Versicherten erhalten auch andere Vertragspartner Zugriff auf diese e-Zuweisung.

Der Patient verfügt über den Antragscode, indem Sie

- *das „Informationsblatt zur e-Zuweisung“ ausdrucken und aushändigen (enthält den Antragscode – siehe dazu mehr im Kapitel 9)*

und / oder

- *nach Zustimmung des Patienten das e-Verständigungsservice anstoßen, wodurch der Patient via SMS und / oder E-Mail über jede Statusänderung der e-Zuweisung informiert wird (jede Nachricht enthält den Antragscode – siehe dazu mehr im Kapitel 3.2.1 „Verständigungsservice“)*

Erstellt durch

Hier wird angezeigt, ob der Antrag durch Sie selbst, dem KV-Träger, einem anderen Vertragspartner oder durch den Patienten selbst erfasst wurde.

Übernommen durch

Hier wird angezeigt, ob der Antrag bereits übernommen wurde und wenn ja, ob die Übernahme durch Sie selbst oder durch einen anderen Vertragspartner („fremd“) durchgeführt wurde.

Dieses Feld wird nur angezeigt, wenn durch einen Vertragspartner bereits eine Übernahme erfolgt ist, unabhängig vom aktuellen Status der Leistung (diese kann mittlerweile bereits den Status „abgerechnet/erstattet“ führen).

Storniert durch

Wenn der Antrag im Status „storniert“ ist, wird angezeigt, ob der Antrag durch Sie selbst, dem KV-Träger, einem anderen Vertragspartner oder durch den Patienten selbst storniert wurde.

Dieses Feld wird nur angezeigt, wenn der Antragsstatus „storniert“ lautet.

Verordnet durch

Name: Vor- und Zuname des Verorders

VPNR: Vertragspartnernummer des Verordners

Fachgebiet: Fachgebiet des Verordners

Adresse: Wurde der Verordner im Zuge einer Nacherfassung mittels der Adressdaten erfasst und noch keine Ergänzung der Daten durch den zuständigen KV-Träger übermittelt, werden die Adressdaten anstelle von VPNR und Fachgebiet angezeigt.

Antragsreferenz:

Eindeutiger technischer Schlüssel des Antrages, welcher im Zuge der Antragserstellung vom ausführenden System erzeugt wird.

Status des Antrags:

Gibt den aktuell gültigen Status des Antrags an. Mögliche Werte:

- beantwortet: Das Endergebnis aus dem Bewilligungsverfahren liegt vor.

- übertragen: Die e-Zuweisung wurde Zwecks Kontroll- oder Bewilligungsverfahren an den zuständigen KV-Träger übertragen.
- In Evidenz: Der leistungszuständige KV-Träger des Patienten benötigt zum Abschluss des Bewilligungsverfahrens zusätzliche Informationen (z. B.: Befund).
- storniert: Der Antrag wurde storniert.

Jede e-Zuweisung unterliegt immer einem Antragsstatus und jede verordnete Leistung unterliegt nach der Beantwortung des Antrags durch den zuständigen KV-Träger grundsätzlich einem Leistungsstatus (siehe unten).

Antrag gültig bis

Gibt den Gültigkeitsendtermin der e-Zuweisung an.

Dieses Feld wird nur angezeigt, wenn der Antragsstatus „beantwortet“ lautet.

Begründung

Gibt die Begründung für den aktuellen Antragsstatus an.

Dieses Feld wird nur angezeigt, wenn eine Begründung für den aktuellen Status angegeben wurde.

Terminvereinbarung erfolgt

Hier wird angezeigt, ob bereits eine Terminvereinbarung erfolgt ist.

Dieses Feld wird nur angezeigt, wenn die Leistungen aufgrund des aktuellen Status übernommen werden können.

Terminvereinbarung erfolgt durch

Wenn noch keine Terminvereinbarung durchgeführt wurde, wird „-“ angezeigt. Wurde bereits eine Terminvereinbarung durchgeführt, wird hier angezeigt, ob dies durch Sie selbst oder einen anderen Vertragspartner („fremd“) erfolgt ist.

Dieses Feld wird nur angezeigt, wenn die Leistungen aufgrund des aktuellen Status übernommen werden können.

Zusatzinformation

Hier werden Zusatzinformationen des KV-Trägers für den jeweiligen Antrag angezeigt.

Dieses Feld wird nur angezeigt, wenn der Antragsstatus „beantwortet“ lautet und mindestens ein Leistungsstatus als „bewilligt“ oder „bewilligungsfrei“ bzw. „freigegeben“ oder „geändert bewilligt“ bzw. „geändert freigegeben“ gekennzeichnet ist oder mindestens eine Leistung übernommen oder bereits abgerechnet/erstattet wurde und eine Zusatzinformation durch den KV-Träger angegeben wurde.

Tabelle „Untersuchung/Leistung“

Nr. bzw. Verordnungs-ID

Mittels Klick auf die als Link angegebene „Nr.“ bzw. „Verordnungs-ID“ kann die verordnete Leistung eingesehen werden. Siehe Kapitel 7.1.

Status

Die Spalte „Status“ gibt den Status der Leistung an.

Mögliche Werte:

- bewilligungsfrei: Die verordnete Leistung ist bewilligungsfrei.
- bewilligt: Die verordnete Leistung wurde bewilligt.
- geändert bewilligt: Die verordnete Leistung wurde vom KV-Träger durch eine andere Leistung ersetzt und diese wurde bewilligt.
- abgelehnt: Die verordnete Leistung wurde abgelehnt.
- übernommen: Eine bewilligungsfreie, bewilligte oder geändert bewilligte Leistung wurde von einem Leistungserbringer erbracht und als solche gekennzeichnet.
- abgerechnet / erstattet: Für eine Leistung ist das Abrechnungs- bzw. Kostenerstattungsverfahren abgeschlossen.
- kein Leistungsstatus: Keinen Status führen Leistungen, sofern der Antragsstatus noch nicht „beantwortet“ lautet. Nach Abschluss des Bewilligungsverfahrens werden diesen Leistungsstatusmeldungen hinzugefügt.



Vertragspartner, die nicht als Verordner die e-Zuweisung über den Antragscode / SVNR abfragen, werden folgende Ersatzstatusmeldungen angezeigt:

Leistungsstatus	*wird angezeigt als …*
bewilligt	*freigegeben*
bewilligungsfrei	
geändert bewilligt	*geändert freigegeben*

Untersuchung/Leistung

Hier wird entweder die Katalogleistung oder die Freitextleistung angegeben.

Seite (bei CT, MR, KDM, RÖ/SO)

Hier ist die Seite zu der zugehörigen Untersuchung/Leistung angegeben. Wenn keine Seite angegeben wurde, ist „-“ angegeben.

Kontrastmittel (bei CT, MR, RÖ/SO)

Hier wird die Angabe des Kontrastmittels zu der zugehörigen Untersuchung/Leistung angezeigt. Wenn keine Angabe erfolgt ist, wird „-“ angezeigt.

Körperregion (bei RÖ-T)

Hier ist die Körperregion inkl. der Seitenangabe zu der zugehörigen Untersuchung/Leistung angegeben. Wenn keine Körperregion inkl. der Seite angegeben wurde, ist „-“ angegeben.

7.1 Details zur Leistung einsehen

Ausgehend von der Antragsübersicht (siehe Abbildung 19: eKOS Übertragungsbestätigung Antragsstatus „übertragen“ – Maske 201AU, Abbildung 32: Eigene Anträge suchen: Antragsübersicht - Maske 2043U oder Abbildung 28: Antrag mittels Code abfragen: Antragsübersicht - Maske 2033U) klicken Sie in der Tabelle der beantragten bzw. entschiedenen Leistungen auf die blau hinterlegte Nummer bzw. Verordnungs-ID.

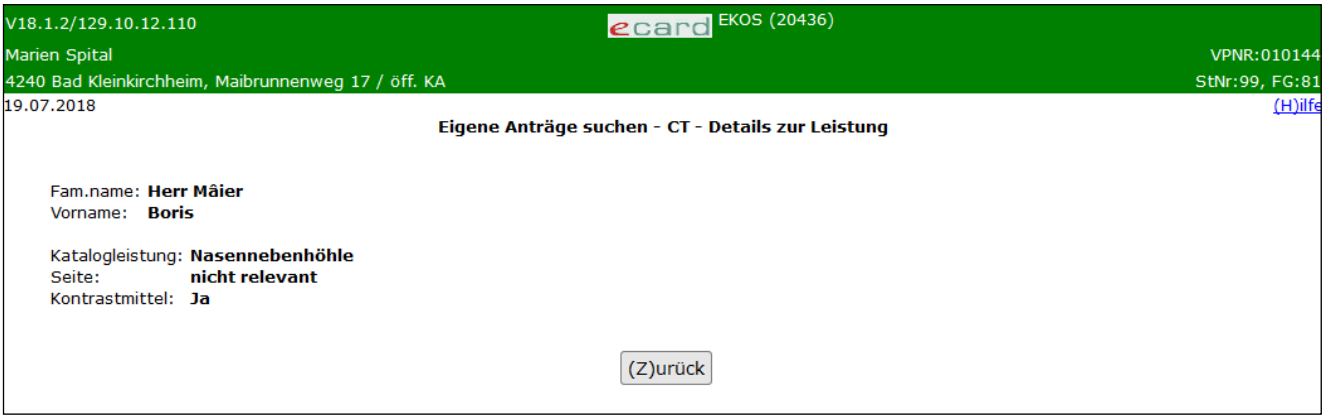


Abbildung 33: Details zur Leistung einsehen: beantragte Leistung – Maske 20436

In den Details zur Leistung sehen Sie, abhängig vom aktuellen Status des Antrags und der Leistung, folgende Informationen zur beantragten und entschiedenen Leistung:

Personendaten: Familienname und Vorname des Patienten

Leistung: Katalogleistung oder Freitextangabe inkl. Begründung

Seite (CT, MR, KDM, RÖ/SO): Angabe der Eingabe bei Seite

Kontrastmittel (CT, MR, RÖ/SO): Angabe der Eingabe bei Kontrastmittel

Körperregion (RÖ-T): Angabe der Eingabe bei Körperregion inkl. Seitenangabe

Indikation zur diagnostischen Mammographie (RÖ/SO): Angabe der ausgewählten Indikationen

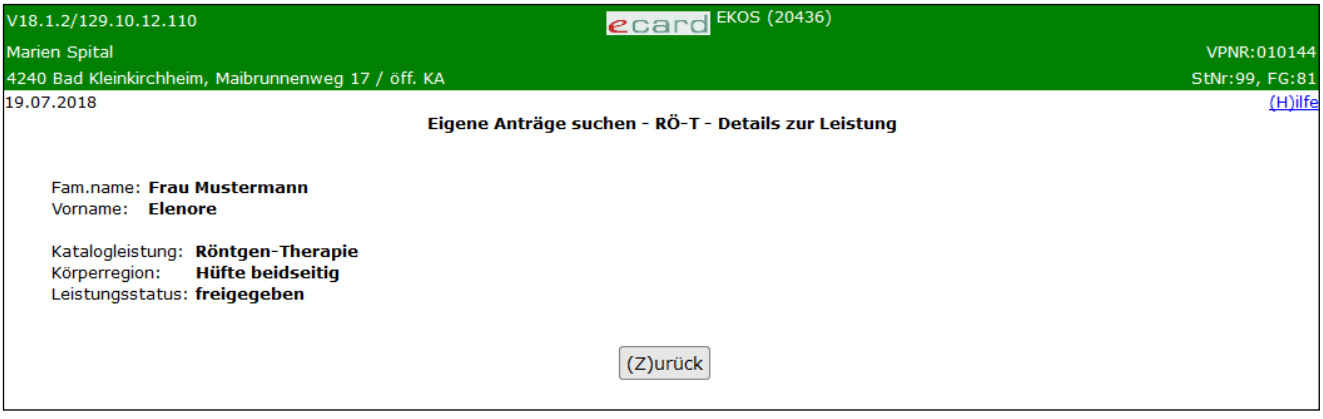


Abbildung 34: Details zur Leistung einsehen: entschiedene Leistung – Maske 20436

Folgende Felder werden zusätzlich nur bei einer entschiedenen Leistung angezeigt:

Leistungsstatus: Status der entschiedenen Leistung

Begründung: Anzeige der angegebenen Begründung zum Leistungsstatus (wenn vorhanden)

Wurde beim Bewilligungsverfahren durch den KV-Träger die Leistung geändert (Status: „geändert bewilligt“), wird sowohl die beantragte als auch die entschiedene Leistung optisch getrennt dargestellt.



Abbildung 35 - Details zur Leistung - Leistungsstatus geändert freigegeben – Maske 20436

Mit **[Zurück]** gelangen Sie zur Antragsübersicht zurück.

7.2 Antragsdaten einsehen

Durch Nutzung der Funktion **[(A)ntragsdaten]** erhalten Sie alle Detailinformationen über die e-Zuweisung.

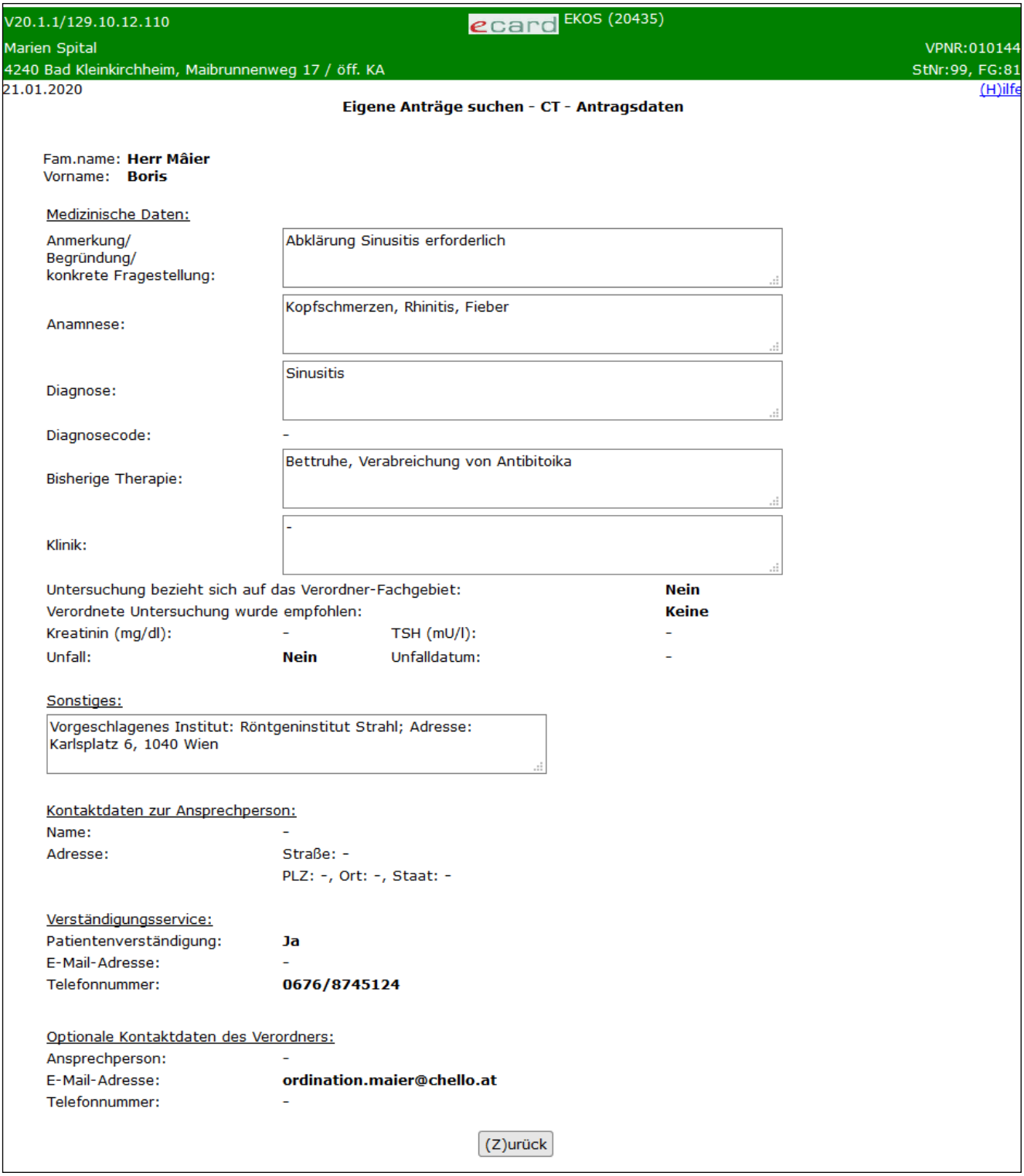


Abbildung 36: Antragdaten einsehen – Maske 20435

Es sind jene Felder ersichtlich, welche durch die Erfassung oder Nacherfassung eines Antrags, abhängig von der Leistungsart, eingegeben werden konnten. Sind Felder nicht befüllt, so wird „-“ angezeigt.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zur vorherigen Maske zurück.

7.3 Antragsanlagen einsehen

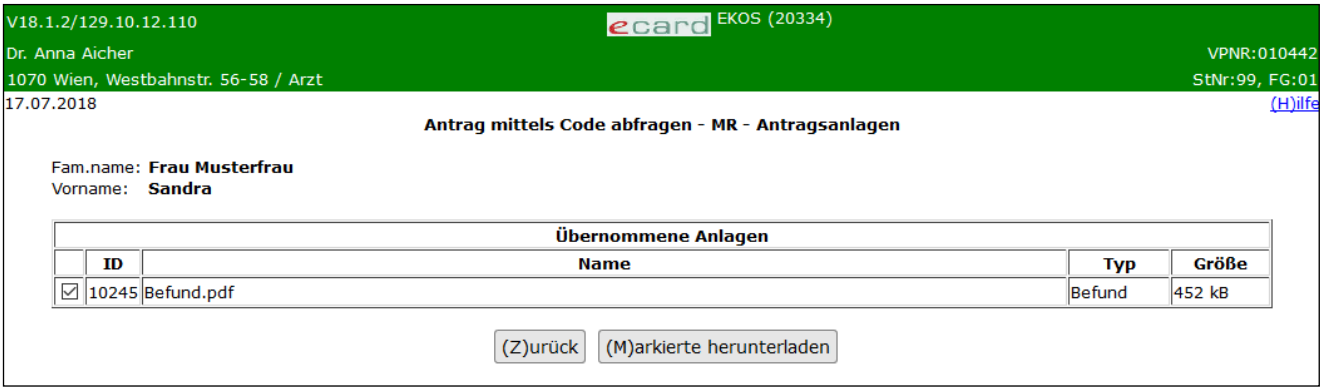


Abbildung 37: Antragsanlagen abrufen - Maske 20334

Wurden der e-Zuweisung Anlagen hinzugefügt, werden diese in der Tabelle angezeigt. Klicken Sie auf das oder die entsprechende(n) Kontrollkästchensymbol(e). Diese(s) wird / werden mit einem Häkchen versehen. Zum Betrachten laden Sie diese mit der Funktion **[(M)arkierte herunterladen]** herunter.

Wählen Sie mehr als eine Datei aus, wird Ihnen ein ZIP-Archiv zum Download angeboten.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zur vorherigen Maske zurück.

7.4 Terminvereinbarung bestätigen / widerrufen

Die Anzeige des Buttons **[(T)erminvereinbarung bestätigen]** ist nur vorhanden, wenn die e-Zuweisung übernommen werden kann (der Antrag ist im Status „beantwortet“ und weder abgelaufen, bereits übernommen oder abgerechnet; zusätzlich ist mind. eine Leistung im Status bewilligt/bewilligungsfrei/geändert bewilligt/freigegeben/geändert freigegeben) und noch keine Terminvereinbarung bestätigt wurde.

Bestätigen Sie eine Terminvereinbarung, wird jedem weiteren Leistungserbringer bei Abfrage der e-Zuweisung angezeigt, dass bereits eine Terminvereinbarung vorliegt. Dadurch kann verhindert werden, dass für eine e-Zuweisung mehrere Termine bei unterschiedlichen Leistungserbringern vereinbart werden!

Durch Widerruf der Terminvereinbarung ist es einem anderen Leistungserbringer möglich, eine neuerliche Terminvereinbarung zu bestätigen.

Wurde die Terminvereinbarung von einem anderen Vertragspartner durchgeführt („Terminvereinbarung erfolgt durch: fremd“), haben Sie trotzdem die Möglichkeit, die Leistungen zu erbringen und diese als „übernommen“ zu kennzeichnen.

Die Funktionen [(T)erminvereinbarung bestätigen] und [Terminvereinbarung wide(r)rufen] wurden geschaffen, um Ihnen ein Werkzeug zur Geschäftsprozessoptimierung anzubieten. Damit kann erreicht werden, dass bei entsprechender Nutzung beider Funktionen die Leistungserbringer die Stehzeiten der entsprechenden Untersuchungsgeräte reduzieren können.

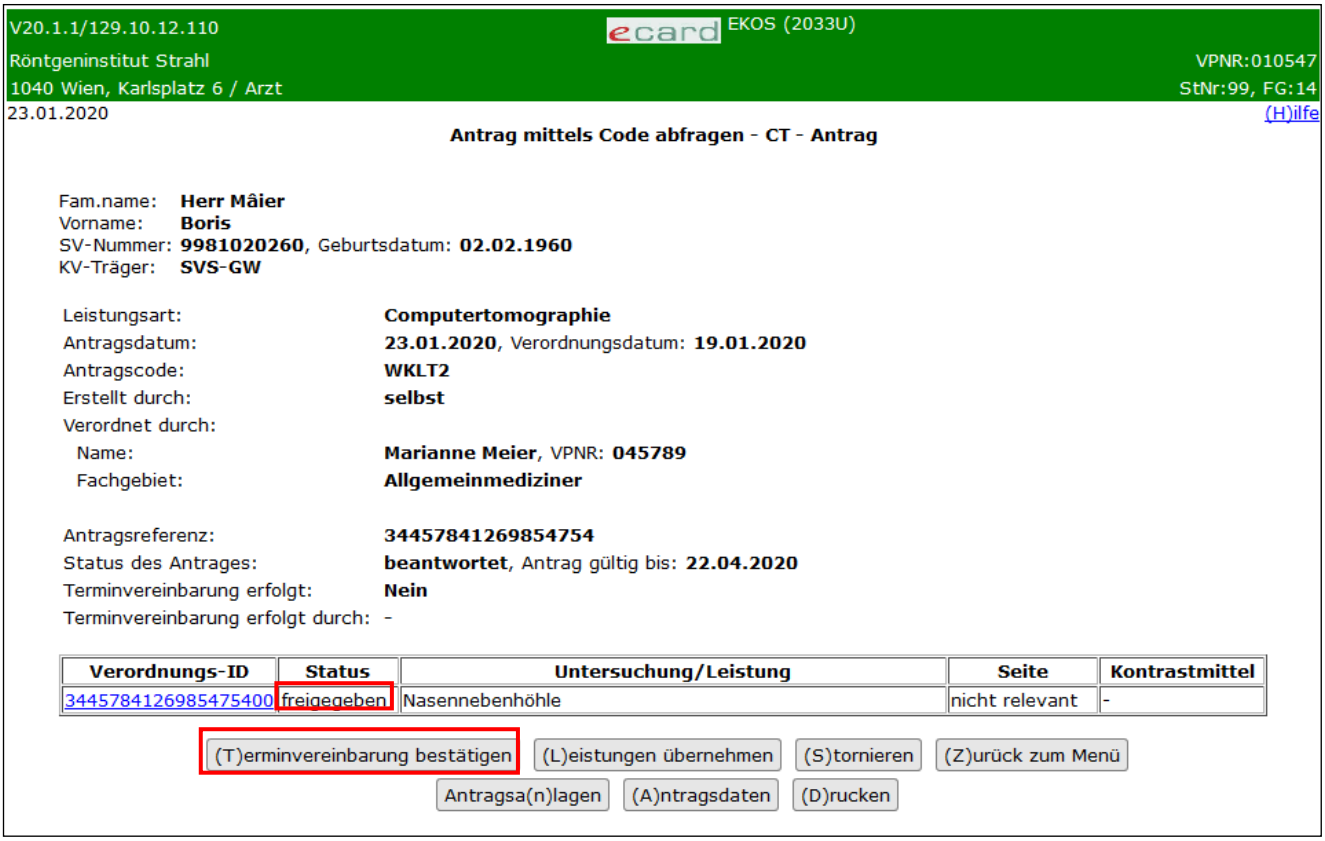


Abbildung 38: Antragsübersicht: Terminvereinbarung – Maske 2033U

Mit der Funktion **[(T)erminvereinbarung bestätigen]** bestätigen Sie, dass Sie mit dem Versicherten einen Termin zur Leistungserbringung vereinbart haben.

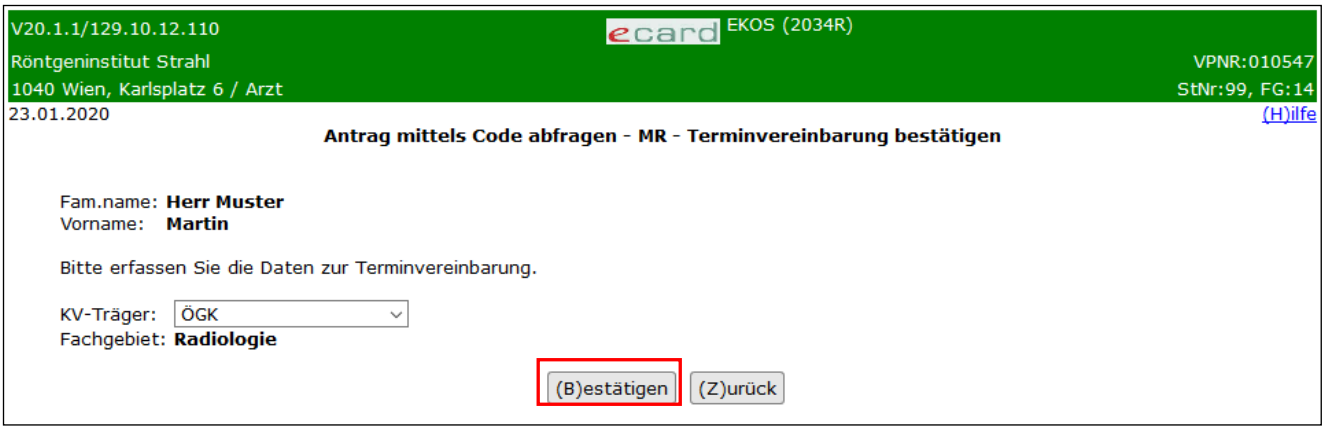


Abbildung 39: Terminvereinbarung bestätigen - Maske 2034R

KV-Träger

Erfragen Sie den aktuellen leistungszuständigen KV-Träger beim Patienten und wählen Sie diesen aus. Alternativ dazu können Sie diesen über „automatisch ermitteln“ über das e-card System zuweisen lassen. Erhalten Sie bei der Auswahl von „automatisch ermitteln“ eine Fehlermeldung („Der Patient ist mehrfach versichert“), so erfragen Sie bitte den leistungszuständigen KV-Träger, den der Patient wünscht, und wählen diesen aus.

Fachgebiet

Wählen Sie hier Ihr Fachgebiet aus, mit dem Sie die Leistung erbringen.

Anmerkung: Diese Auswahl steht nur dann zur Verfügung, wenn Sie über mehr als ein Fachgebiet verfügen. Ansonsten erfolgt eine automatische Zuordnung.

Klicken Sie auf **[(B)estätigen]**.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zur vorherigen Maske (Abbildung 28: Antrag mittels Code abfragen: Antragsübersicht - Maske 2033U) zurück.



Abbildung 40: Erfolgsmaske Terminvereinbarung – Maske 20348

Die erfolgreich bestätigte Terminvereinbarung wird Ihnen angezeigt.

Falls für den Patienten kein Foto für die Ausstellung seiner nächsten e-card vorhanden ist, wird Ihnen diesbezüglich eine Information angezeigt (➔ siehe Handbuch *Allgemeiner Teil* Kapitel *Prüfung der Fotoverfügbarkeit*).

Mit **[Zurück zum (A)ntrag]** gelangen Sie wieder zur Übersicht des zugehörigen Antrags.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** gelangen Sie wieder ins eKOS-Menü.

Die Anzeige des Buttons **[Terminvereinbarung wide(r)rufen]** ist nur vorhanden, wenn die e-Zuweisung übernommen werden kann (der Antrag ist im Status „beantwortet“ und weder abgelaufen, bereits übernommen oder abgerechnet; zusätzlich ist mind. eine Leistung im Status bewilligt/bewilligungsfrei/geändert bewilligt/freigegeben/geändert freigegeben) und die Terminvereinbarung durch Sie vorgenommen wurde.

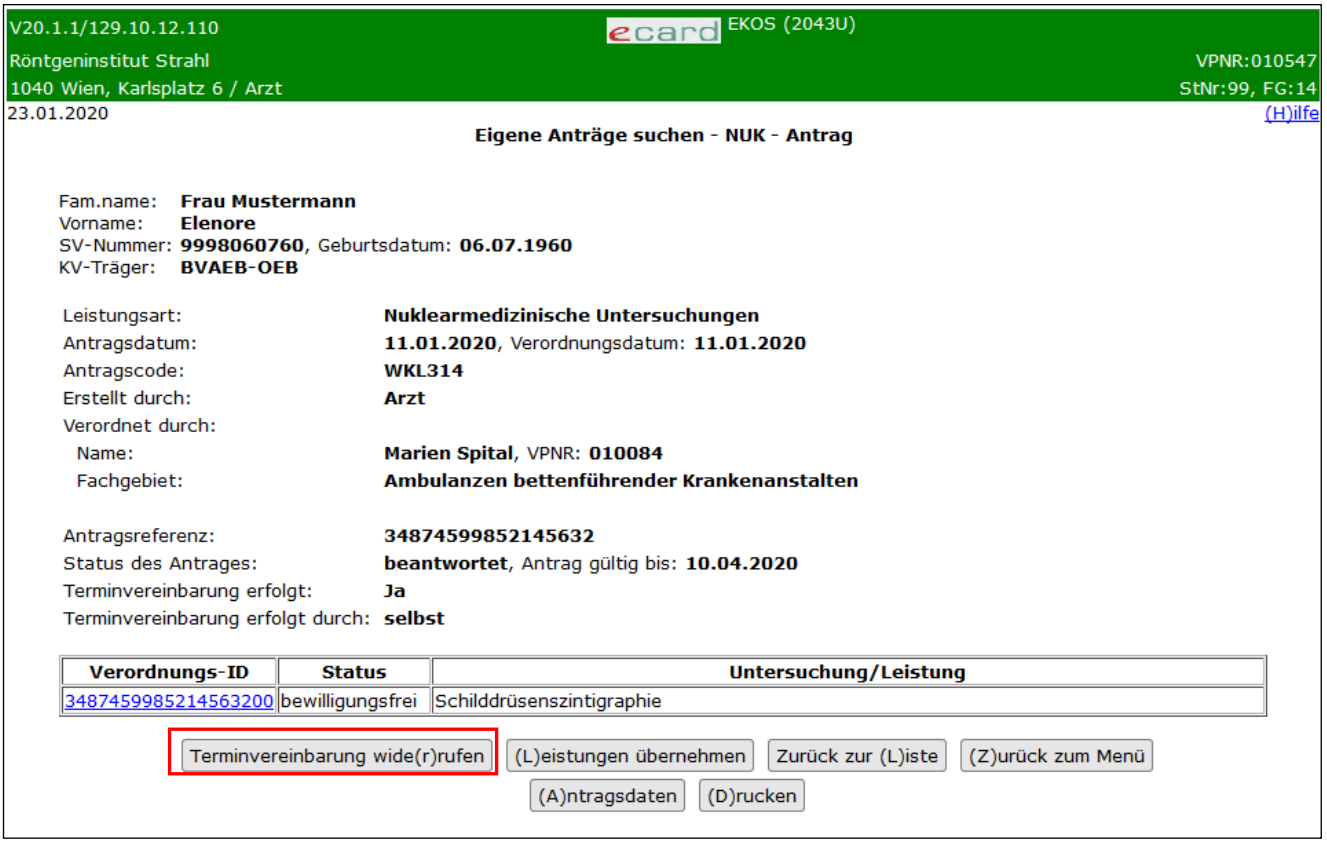


Abbildung 41: Antragsübersicht: Terminvereinbarung widerrufen - Maske 2043U

Rufen Sie eine e-Zuweisung ab, bei der Sie bereits zuvor eine Terminvereinbarung bestätigt haben, steht Ihnen die Funktion **[Terminvereinbarung wide(r)rufen]** zur Verfügung.

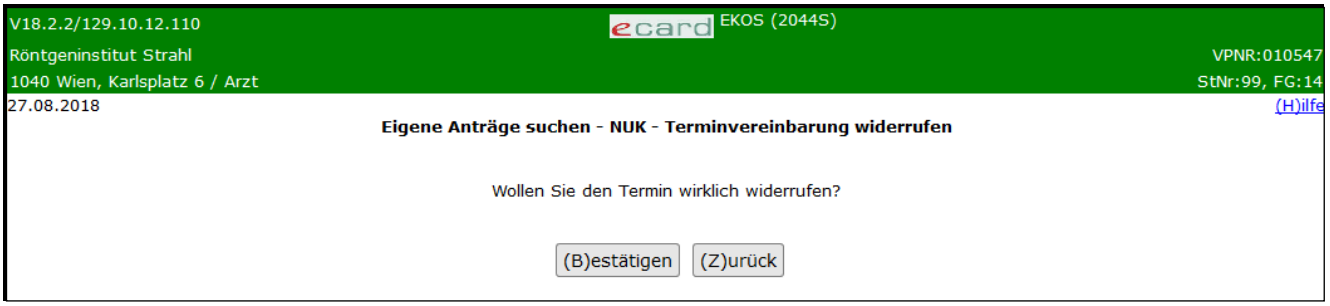


Abbildung 42: Terminvereinbarung widerrufen – Maske 2044S

Klicken Sie auf **[(B)estätigen]** um die Terminvereinbarung zu widerrufen.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zur vorherigen Maske (Abbildung 28: Antrag mittels Code abfragen: Antragsübersicht - Maske 2033U) zurück.



Abbildung 43: Erfolgsmaske Widerruf Terminvereinbarung - Maske 20447

Der erfolgreiche Widerruf der Terminvereinbarung wird Ihnen angezeigt.

Danach steht Ihnen oder einem anderen Leistungserbringer der Antrag zur neuerlichen Terminvereinbarung zur Verfügung.

Mit **[Zurück zum (A)ntrag]** gelangen Sie wieder zur Übersicht des zugehörigen Antrags.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** gelangen Sie wieder ins eKOS-Menü.

7.5 Leistungen übernehmen / widerrufen

e-Zuweisungen im Antragsstatus „beantwortet“ können durch berechtigte Vertragspartner übernommen (i. S. v. die Leistungserbringung bestätigen) werden, sofern die e-Zuweisung

- noch nicht abgelaufen bzw. abgerechnet ist,
- durch einen anderen berechtigten Vertragspartner nicht übernommen wurde,
- zumindest eine bewilligte / freigegebene, geändert bewilligte / freigegebene oder bewilligungsfreie / freigegebene verordnete Leistung enthält.

In diesen Fällen wird die Funktion **[(L)eistungen übernehmen]** angezeigt.

Liegt eine Terminvereinbarung durch einen anderen Vertragspartner vor („Terminvereinbarung erfolgt durch: fremd“), haben Sie trotzdem die Möglichkeit, die Leistungen zu erbringen und diese als „übernommen“ zu kennzeichnen.

Mit **[(L)eistungen übernehmen]** gelangt man in die Maske “Leistung übernehmen“.

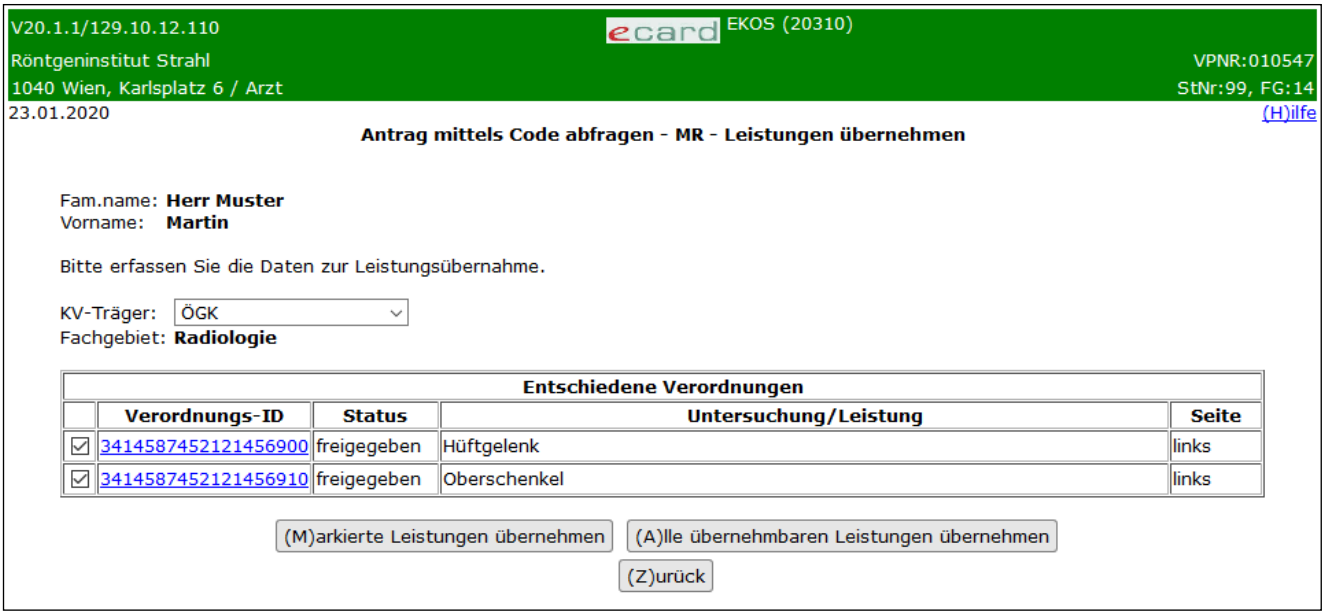


Abbildung 44: Antrag mittels Code abfragen: Leistung übernehmen – Maske 20310

KV-Träger

Erfragen Sie den aktuellen leistungszuständigen KV-Träger beim Patienten und wählen Sie diesen aus. Alternativ dazu können Sie diesen über „automatisch ermitteln“ über das e-card System zuweisen lassen. Erhalten Sie bei der Auswahl von „automatisch ermitteln“ eine Fehlermeldung („Der Patient ist mehrfach versichert“), so erfragen Sie bitte den leistungszuständigen KV-Träger, den der Patient wünscht, und wählen diesen aus.

Fachgebiet

Wählen Sie hier Ihr Fachgebiet aus, mit dem Sie die Leistung erbringen.

Anmerkung: Diese Auswahl steht nur dann zur Verfügung, wenn Sie über mehr als ein Fachgebiet verfügen. Ansonsten erfolgt eine automatische Zuordnung.

Mit **[(M)arkierte Leistungen übernehmen]** übernehmen Sie alle erlaubten verordneten Leistungen, die mittels Checkbox markiert wurden.

Mit **[(A)lle übernehmbaren Leistungen übernehmen]** übernehmen Sie alle verordneten Leistungen, deren Leistungsstatus dies zulässt.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zur vorherigen Maske (Antragsübersicht) zurück.

Nach erfolgter Leistungsübernahme wird dies bestätigt.

Falls für den Patienten kein Foto für die Ausstellung seiner nächsten e-card vorhanden ist, wird Ihnen diesbezüglich eine Information angezeigt (➔ siehe Handbuch *Allgemeiner Teil* Kapitel *Prüfung der Fotoverfügbarkeit*).

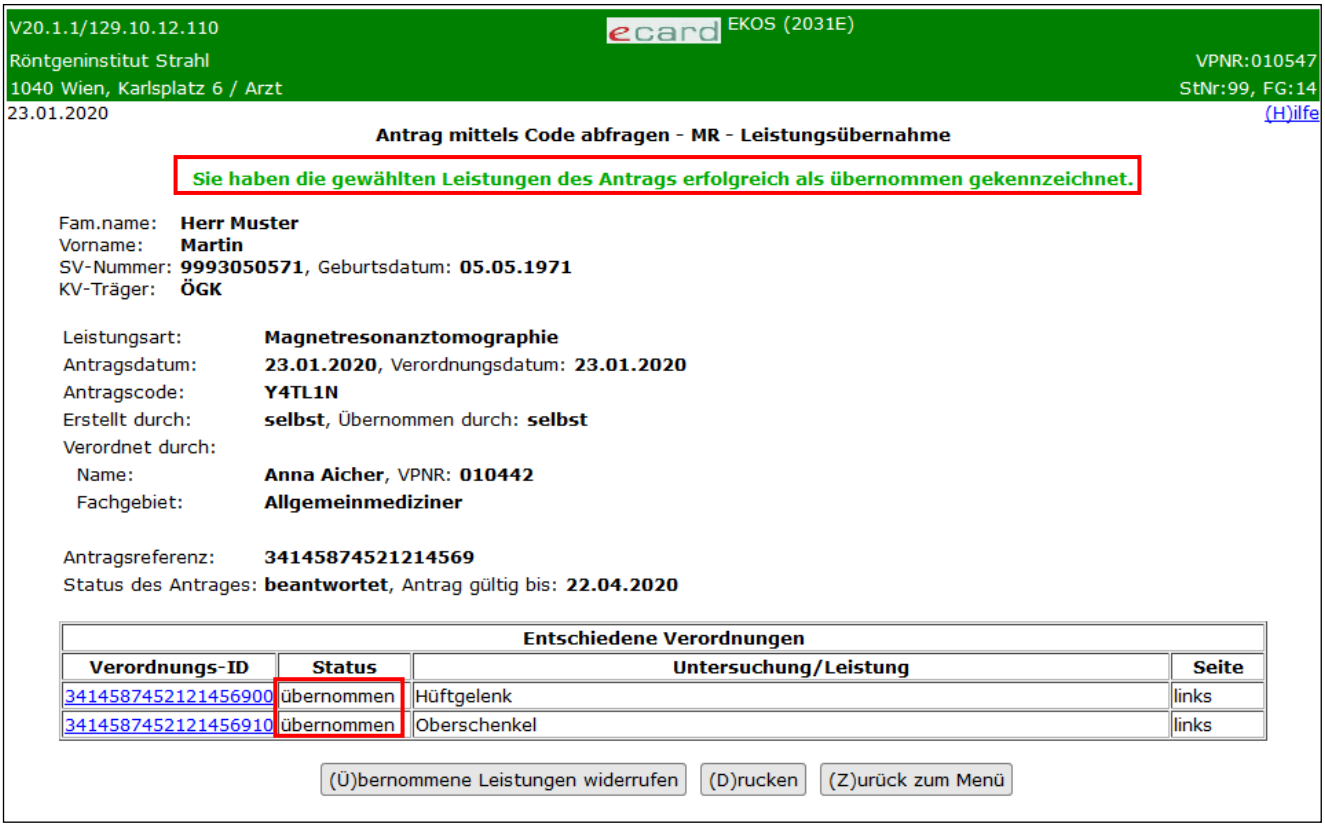


Abbildung 45: Bestätigung Leistungsübernahme – Maske 2031E

Haben Sie mindestens eine Leistung einer e-Zuweisung auf „übernommen“ gesetzt, bestätigen Sie damit, dass die Leistungserbringung bereits erfolgt ist! Diese Funktion steht dann anderen zur Leistungserbringung berechtigten Vertragspartnern für alle in der e-Zuweisung verordneten Leistungen nicht mehr zur Verfügung.
Übernommene Leistungen können nur durch Sie widerrufen werden!

Sie haben die Möglichkeit, von Ihnen übernommene Leistungen mit **[(Ü)bernommene Leistungen widerrufen]** wieder rückgängig zu machen.

Mit **[(D)rucken]** gelangen Sie zur Druckaufbereitung (siehe Kapitel 9).

Mit **[(Z)urück zum Menü]** gelangen Sie wieder ins eKOS-Menü.

Die Anzeige des Buttons **[(Ü)bernommene Leistungen widerrufen]** ist nur vorhanden, wenn die e-Zuweisung vom abfragenden Vertragspartner übernommen wurde (und noch nicht abgerechnet wurde).

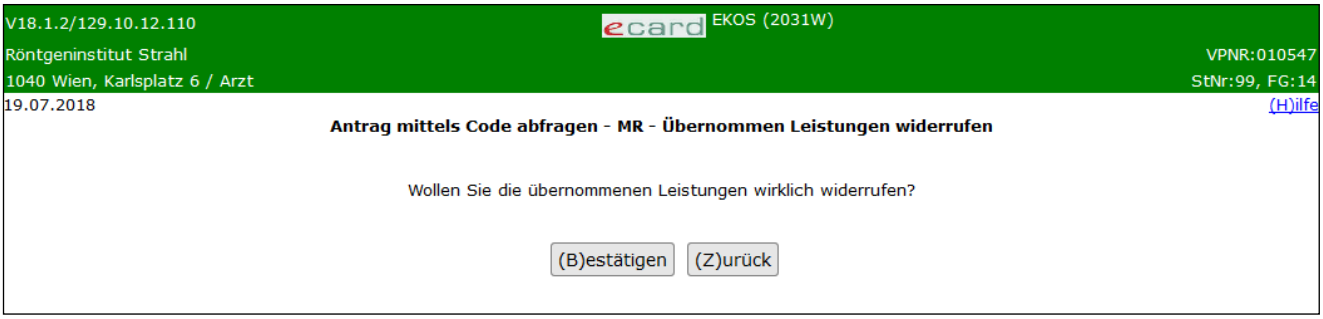


Abbildung 46: Leistungsübernahme widerrufen – Maske 2031W

Klicken Sie zum Widerruf der übernommenen Leistung auf **[(B)estätigen]**.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zur vorherigen Maske (Abbildung 28: Antrag mittels Code abfragen: Antragsübersicht - Maske 2033U) zurück.

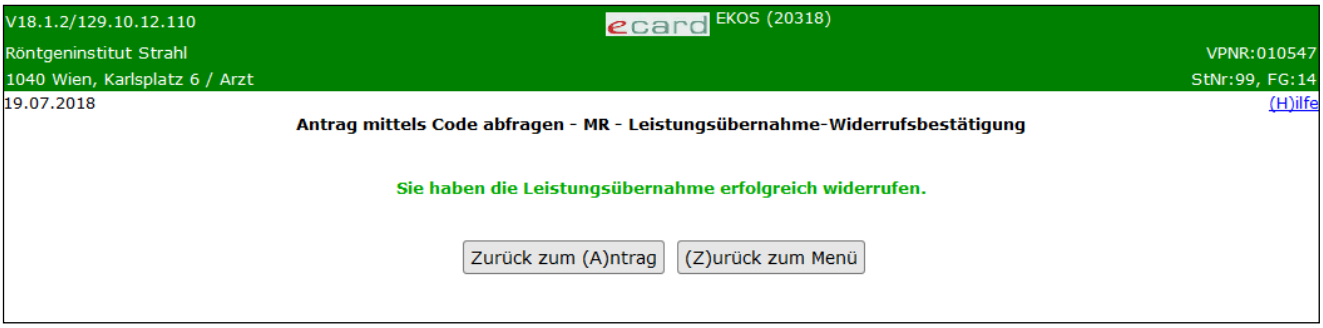


Abbildung 47: Erfolgsmaske Widerruf Leistungsübernahme – Maske 20318

Der erfolgreiche Widerruf der Leistungsübernahme wird Ihnen angezeigt.

Die Leistung/en stehen Ihnen oder einem anderen Leistungserbringer zur neuerlichen Leistungsübernahme zur Verfügung.

Mit **[Zurück zum (A)ntrag]** gelangen Sie wieder zur Übersicht des zugehörigen Antrags.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** gelangen Sie wieder ins eKOS-Menü.

7.6 Evidenzdaten einsehen / Antwort erfassen

Die Anzeige des Buttons **[(E)videnzdaten]** ist nur vorhanden, wenn die e-Zuweisung aktuell in Evidenz ist oder zumindest einmal in Evidenz war.

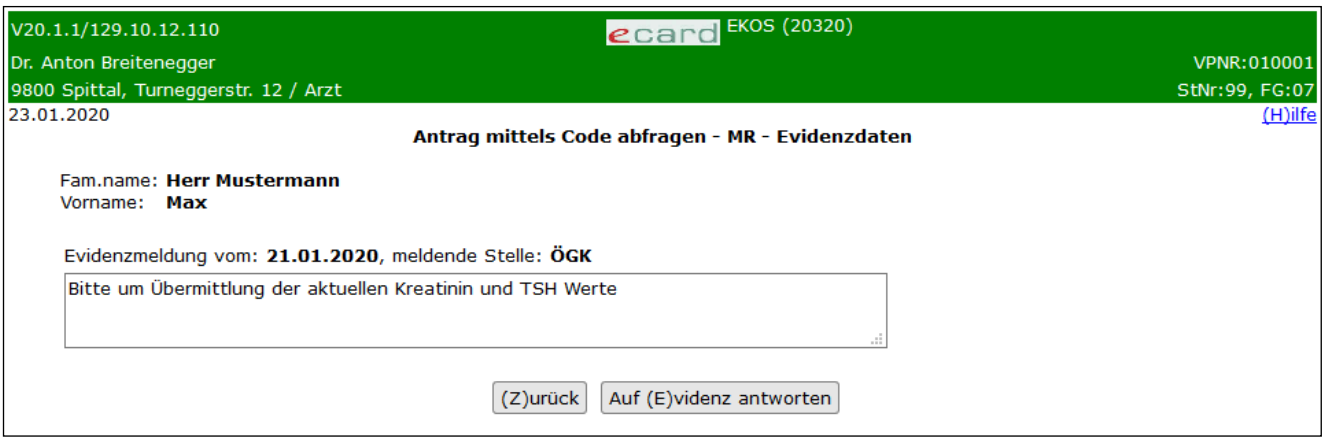


Abbildung 48: Evidenzdaten einsehen – Maske 20320

Führt eine e-Zuweisung den Antragsstatus „In Evidenz“, benötigt der KV-Träger des Patienten weitere Informationen (z. B.: Befund), um das Bewilligungsverfahren abschließen zu können. Die erforderlichen Informationen sind im Datenfeld „Evidenzmeldung vom [Datum], meldende Stelle: [KV-Träger]:“ ersichtlich.

Diese Maske wird Ihnen auch dann angezeigt, wenn die e-Zuweisung aktuell NICHT in Evidenz ist, aber zumindest einmal diesen Status hatte.

Der Button „Auf Evidenz antworten“ wird nur dann angezeigt, wenn die e-Zuweisung aktuell „in Evidenz“ ist.

Sofern bereits Antworten vorhanden sind, werden diese ebenfalls angezeigt (sowie auch alle Anlagen, die bereits als Evidenzanlagen hinzugefügt wurden).

Eine e-Zuweisung bleibt solange „in Evidenz“ bis der zuständige KV-Träger den Status des Antrags ändert.

Jeder VP mit Zugriff auf die e-Zuweisung kann auf die Evidenzmeldung antworten.

Ein KV-Träger kann eine e-Zuweisung mehrfach hintereinander „In Evidenz“ setzen (wenn z. B. zwar Antworten gekommen sind, diese aber zu weiteren Fragestellungen geführt haben).

Der Ersteller und der Verordner der e-Zuweisung werden mittels des Benachrichtigungsmechanismus des e-card Systems über den Status „In Evidenz“ informiert.

Der Patient wird bei eingegebener E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer im Zuge der Antragserfassung auch über die Statusänderung informiert und hat die Möglichkeit, über das Internetportal der Sozialversicherung (eSV-Webportal) ebenfalls auf die Evidenzmeldung zu antworten.

Die Übermittlung einer Evidenzantwort führt nicht automatisch zu einer Statusänderung. Die e-Zuweisung verbleibt solange im Status „In Evidenz“ bis der zuständige KV-Träger einen anderen Status vergibt.

Die Übermittlung einer Antwort (durch einen Vertragspartner und/oder den Patienten) führt weder beim Vertragspartner, noch beim Patienten zu einer Benachrichtigung.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zu den e-Zuweisungsdaten zurück.

Mit **[Auf (E)videnz antworten]** gelangen Sie zur Eingabemaske für Evidenz-Rückantworten:

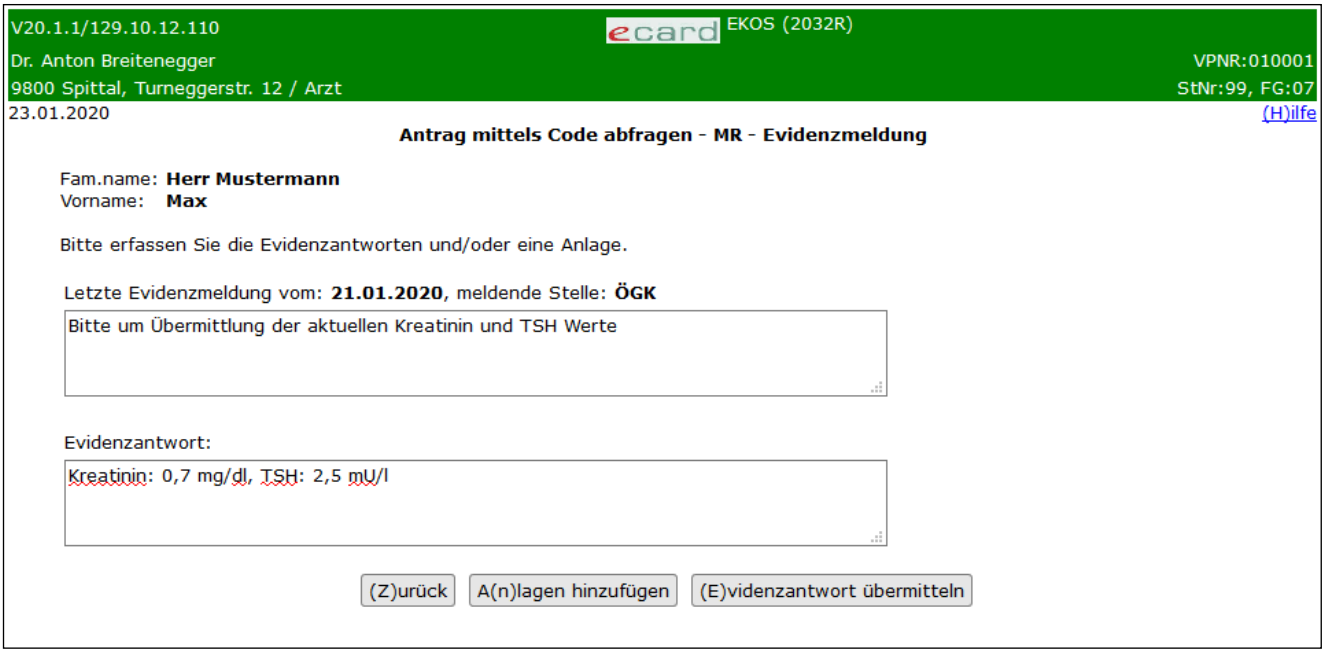


Abbildung 49: Evidenzantwort erstellen - Maske 2042R

Im Datenfeld **Evidenzantwort** können Sie Ihren Antworttext verfassen. Darüber hinaus können Sie über **[A(n)lagen hinzufügen]** Dokumente hinzufügen.

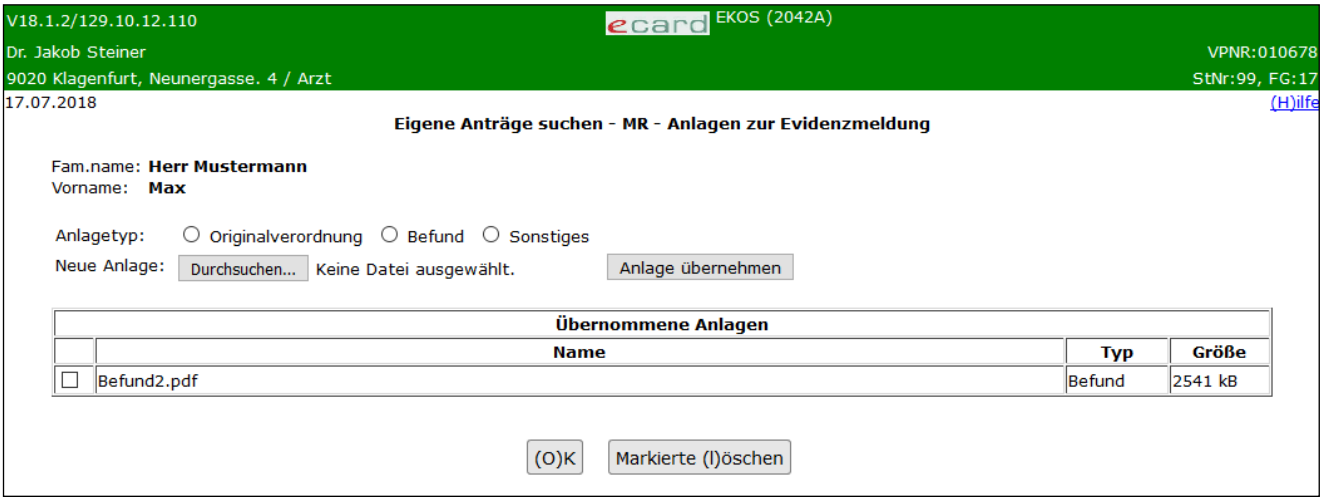


Abbildung 50: Evidenzantwort: Anlagen hinzufügen - Maske 2042A

Das Hinzufügen von Anlagen können Sie dem Kapitel 3.5.2 entnehmen.

In dieser Evidenzrückmelde-Maske haben Sie zusätzlich die Möglichkeit, den Anlagetyp „Originalverordnung“ zu wählen.

8. Antrag stornieren

Die Anzeige des Buttons **[(S)tornieren]** ist nur vorhanden, wenn die e-Zuweisung storniert werden kann (im Antrag noch keine Leistung übernommen oder abgerechnet wurde, der Antrag noch nicht storniert oder abgelaufen ist und der abfragende Vertragspartner gleich dem Ersteller oder dem Verordner ist).

Mit **[(S)tornieren]** setzen Sie den Antragsstatus der e-Zuweisung auf „storniert“. Bitte achten Sie darauf, dass dies nur mit dem Einverständnis des Patienten erfolgen sollte.

Bitte beachten Sie, dass auch eine Stornobegründung angegeben werden muss.

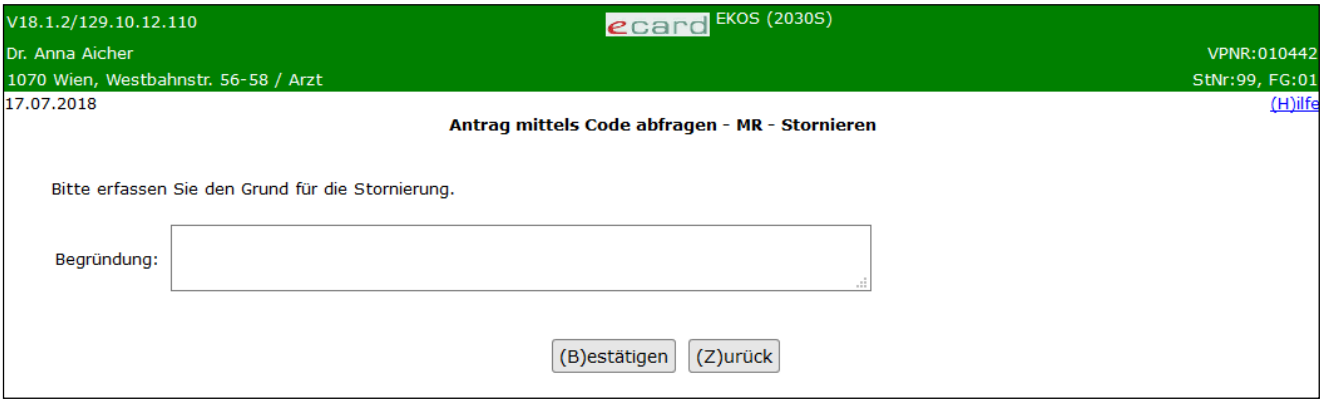


Abbildung 51: e-Zuweisung stornieren – Maske 2030S

Bitte beachten Sie, dass die Stornierung eines Antrags nicht wieder rückgängig gemacht werden kann.

Klicken Sie zur Stornierung der e-Zuweisung auf **[(B)estätigen]**.

Mit **[(Z)urück]** kehren Sie zur vorherigen Maske (Abbildung 28: Antrag mittels Code abfragen: Antragsübersicht - Maske 2033U) zurück.



Abbildung 52: Erfolgsmeldung Stornierung e-Zuweisung – Maske 20307

Die Erfolgsmeldung der Stornierung des Antrags wird Ihnen angezeigt.

Mit **[Zurück zum (A)ntrag]** gelangen Sie wieder zur Übersicht des zugehörigen Antrags.

Mit **[(Z)urück zum Menü]** gelangen Sie wieder ins eKOS-Menü.

9. Antrag drucken

Nach **[Drucken]** öffnet sich ein Browserfenster in dem die „Information zur e-Zuweisung“ als PDF dargestellt wird.



Bis zum flächendeckenden Einsatz von eKOS ist ein „Informationsblatt zur e-Zuweisung" in jedem Fall und danach auf Verlangen des Patienten auszuhändigen.

Der papierlose Ablauf kann nur gewährleistet werden, wenn alle im Geschäftsprozess involvierten Partner (Leistungsverordner und Leistungserbringer) eKOS nutzen.

Folgend beispielhaft die Druckdarstellung für eine e-Zuweisung mit Antragsstatus „übertragen“ (Abbildung 53: Druckansicht Antragsstatus "übertragen") und eine mit Antragsstatus „storniert“ (Abbildung 54: Druckansicht Antragsstatus "storniert").

Patienten können unter www.sozialversicherung.at/eKOS ebenfalls die „Information zur elektronischen Zuweisung“ ansehen bzw. ausdrucken, siehe Beispiel unter Abbildung 55: Druckansicht „MeineSV“.

Wenn der Antrag aus der eSV-Applikation ausgedruckt wird, wird abhängig vom Antragsstatus und weiteren Kriterien einer der folgenden Hinweistexte am Informationsblatt angezeigt:

- Diese Information dokumentiert die Freigabe durch den Versicherungsträger.
- Detaillierte Informationen zu Ihrer e-Zuweisung erhalten Sie auch unter www.sozialversicherung.at/eKOS sowie bei der <*Service Line bzw. Hotline der [KV-Träger]*> unter der Telefonnummer <*Telefonnummer*>.
- Ihre Zuweisung wird zurzeit bearbeitet. Informationen zum aktuellen Stand erhalten Sie unter www.sozialversicherung.at/eKOS sowie bei der <*Service Line bzw. Hotline der [KV-Träger]*> unter der Telefonnummer <*Telefonnummer*>.

Information zur elektronischen Zuweisung

Erstellt von SV

Computertomographie

Zuweiserin/Zuweiser:
Dr. Anna Aicher
Vertragspartnernummer: 010442
Fachgebiet: Allgemeinmedizin

SVNR: **9981161143**
Antragscode: **XL4TMW**

Antragsstatus: **übertragen**
KV-Träger: ÖGK

Zuweisungsdatum: 02.01.2020

Patientin/Patient: Carmen Schneider, geboren am 16.11.1943
Sozialversicherungsnummer: **9981161143**

Medizinische Angaben der Zuweiserin/des Zuweisers:

Diagnose: Sinusitis

Anamnese: Kopfschmerzen, Rhinitis, Fieber

Anmerkung: Abklärung Sinusitis erforderlich

Bisherige Therapie: Bettruhe, Verabreichung von Antibiotika

Leistungen	Seite	Kontrastmittel*
Nasennebenhöhle	nicht relevant	Keine Angabe

*Die Empfehlung der Zuweiserin/des Zuweisers ist für den Leistungserbringer nicht verbindlich.

Sonstiges: Vorgeschlagenes Institut: Röntgeninstitut Strahl; Adresse: Karlsplatz 6, 1040 Wien

Hinweise für die Verwendung:
- Nennen Sie bitte bei der Terminvereinbarung den oben angeführten Antragscode und Ihre Sozialversicherungsnummer oder Ihre Europäische Krankenversicherungskartennummer. Mit dem QR-Code oben rechts ermöglichen Sie dem Vertragspartner der Sozialversicherung einen direkten Zugriff auf die Inhalte dieser Zuweisung.
- Dieser Beleg gilt im Rahmen der allgemeinen Regeln für die Leistungserbringung Ihrer Krankenversicherung. Er ist nur für die genannten Leistungen verwendbar und begründet keine zusätzlichen Ansprüche.
- Die mit dem Antragscode bezeichneten Leistungen werden nur einmal übernommen. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen freigegeben sind (siehe den Vermerk beim Leistungsstatus der jeweiligen Leistung) oder eine Freigabe auf anderem Weg durch Ihre Krankenversicherung erfolgt ist.
- Weitere Informationen, auch datenschutzrechtlicher Art, bietet das Serviceportal www.sozialversicherung.at/eKOS sowie die Service-Line unter der Telefonnummer 050124 33 11.

.....
Unterschrift und Stempel bzw. elektronische Signatur der Ärztin/des Arztes

Seite 1 von 1

Abbildung 53: Druckansicht Antragsstatus "übertragen"

Information zur elektronischen Zuweisung

Erstellt von SV

Nuklearmedizinische Untersuchung

Zuweiserin/Zuweiser:
Dr. Anna Aicher
Vertragspartnernummer: 010442
Fachgebiet: Allgemeinmediziner

SVNR: **9985250100**
Antragscode: **VEM4FU**
Antragsstatus: **storniert**
KV-Träger: SVS-GW

Zuweisungsdatum: 02.01.2020

Patientin/Patient: Melissa Schneider, geboren am 25.01.2000
Sozialversicherungsnummer: **9985250100**

Medizinische Angaben der Zuweiserin/des Zuweisers:

Diagnose: Schilddrüsenautonomie

Anamnese: keine bekannten Erkrankungen in der Familie

Anmerkung: Bewertung morphologischer und funktioneller Veränderungen

Bisherige Therapie: noch keine

Klinik: Palpation, Laboruntersuchung und Sonographie durchgeführt

Kreatinin (mg/dl): 0,9 TSH (mU/l): 0,1
Radiopharmakon: Ja

Leistungen

Schilddrüsenszintigraphie

Hinweise für die Verwendung:
- Nennen Sie bitte bei der Terminvereinbarung den oben angeführten Antragscode und Ihre Sozialversicherungsnummer oder Ihre Europäische Krankenversicherungskartennummer. Mit dem QR-Code oben rechts ermöglichen Sie dem Vertragspartner der Sozialversicherung einen direkten Zugriff auf die Inhalte dieser Zuweisung.
- Dieser Beleg gilt im Rahmen der allgemeinen Regeln für die Leistungserbringung Ihrer Krankenversicherung. Er ist nur für die genannten Leistungen verwendbar und begründet keine zusätzlichen Ansprüche.
- Die mit dem Antragscode bezeichneten Leistungen werden nur einmal übernommen. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen freigegeben sind (siehe den Vermerk beim Leistungsstatus der jeweiligen Leistung) oder eine Freigabe auf anderem Weg durch Ihre Krankenversicherung erfolgt ist.
- Weitere Informationen, auch datenschutzrechtlicher Art, bietet das Serviceportal www.sozialversicherung.at/eKOS sowie die Service-Line unter der Telefonnummer 050124 33 11.

.....
Unterschrift und Stempel bzw. elektronische Signatur der Ärztin/des Arztes

Seite 1 von 1

Abbildung 54: Druckansicht Antragsstatus "storniert"

Sie können das Informationsblatt zur e-Zuweisung über den entsprechenden Druckbutton ausdrucken und dem Patienten aushändigen.

Information zur elektronischen Zuweisung

Erstellt mit MeineSV

Computertomographie

Zuweiserin/Zuweiser:
Dr. VPNR4 EBS Leistungsverordner P2 FC01
Vertragspartnernummer: 174920
Fachgebiet: Allgemeinmediziner

SVNR: **9997180875**
Antragscode: **VM64WT**

Antragsstatus: **beantwortet**
KV-Träger: ÖGK

Zuweisungsdatum: 27.01.2020
Gültig bis: 27.02.2020

Patientin/Patient: Ing. Mag. Dr. Ralph Männlich EBS-Test022, geboren am 01.01.1975
Sozialversicherungsnummer: **9997180875**

Medizinische Angaben der Zuweiserin/des Zuweisers:

Diagnose: Sinusitis

Anamnese: Kopfschmerzen, Rhinitis, Fieber

Anmerkung: Abklärung Sinusitis erforderlich

Bisherige Therapie: Bettruhe, Verabreichung von Antibiotika

Leistungen	Leistungsstatus
Nasennebenhöhlen	freigegeben

Hinweise für die Verwendung:
- Nennen Sie bitte bei der Terminvereinbarung den oben angeführten Antragscode und Ihre Sozialversicherungsnummer oder Ihre Europäische Krankenversicherungskartennummer. Mit dem QR-Code oben rechts ermöglichen Sie dem Vertragspartner der Sozialversicherung einen direkten Zugriff auf die Inhalte dieser Zuweisung.
- Dieser Beleg gilt im Rahmen der allgemeinen Regeln für die Leistungserbringung Ihrer Krankenversicherung. Er ist nur für die genannten Leistungen verwendbar und begründet keine zusätzlichen Ansprüche.
- Die mit dem Antragscode bezeichneten Leistungen werden nur einmal übernommen. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen freigegeben sind (siehe den Vermerk beim Leistungsstatus der jeweiligen Leistung) oder eine Freigabe auf anderem Weg durch Ihre Krankenversicherung erfolgt ist.
- Weitere Informationen, auch datenschutzrechtlicher Art, bietet das Serviceportal www.sozialversicherung.at/eKOS sowie die Service-Line unter der Telefonnummer 050124 33 11.

Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert. Auch ein Ausdruck dieses Dokuments hat gemäß § 20 E-Government-Gesetz die Beweiskraft einer öffentlichen Urkunde.	
	Unterzeichner	Sig eSV EGov 2018 Test
	Datum/Zeit-UTC	2020-01-27T11:01:37+01:00
	Aussteller-Zertifikat	a-sign-corporate-05
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.signaturpruefung.gv.at. Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.sozialversicherung.at/verifikation/	

Detaillierte Informationen zu Ihrer e-Zuweisung erhalten Sie auch unter www.sozialversicherung.at/eKOS sowie bei der Service Line unter der Telefonnummer +43(0)50124 33 11.

Seite 1 von 1

Abbildung 55: Druckansicht „MeineSV“

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anwendungsmenü - Maske 008 7
Abbildung 2: eKOS Menü - Maske 20000 8
Abbildung 3: eKOS-Menü: Antrag erfassen – Maske 20000 9
Abbildung 4: Antrag erfassen: Leistungsart und Patientendaten – Maske 20100 10
Abbildung 5: Auszug aus Maske 20100 - Auswahl Leistungsart 11
Abbildung 6: Leistungsart und Erfassen der Patientendaten (EKVK) – Maske 20100 13
Abbildung 7: Antrag für EKVK-Patienten erfassen – Maske 2010B 13
Abbildung 8: Antrag erfassen: allgemeine Daten – Maske 201D1 16
Abbildung 9: Antrag erfassen: spezifische Daten CT und MR – Maske 201A1 17
Abbildung 10: Antrag erfassen: spezifische Daten KDM – Maske 201F1 18
Abbildung 11: Antrag erfassen: Verordnung erfassen Katalogleistung CT – Maske 201AV 20
Abbildung 12: Antrag erfassen: Verordnung erfassen Katalogleistung RÖ/SO – Maske 201HV 21
Abbildung 13: Antrag erfassen: Verordnung erfassen Freitext HUM, KPD und KDM – Maske 201FV 23
Abbildung 14: Antrag erfassen: Verordnung erfassen RÖ/SO Indikation diagnostische Mammographie – Maske 201HV 25
Abbildung 15: Übersicht - erfasste e-Zuweisung – Maske 201BL 27
Abbildung 16: Anlagen hinzufügen – Maske 201AA 28
Abbildung 17: Erfassung optionale Daten – Maske 201AK 29
Abbildung 18: Antrag absenden - Maske 201BL 32
Abbildung 19: eKOS Übertragungsbestätigung Antragsstatus „übertragen“ – Maske 201AU 33
Abbildung 20: eKOS-Menü: Antrag nacherfassen - Maske 20000 35
Abbildung 21: Antrag nacherfassen: Leistungsart, Original-Verordner- und Patientendaten - Maske 20200 36
Abbildung 22: Original-Verordner-Stammdaten ändern – Maske 20200 37
Abbildung 23: Antrag nacherfassen: allgemeine Daten - Maske 202A1 38
Abbildung 24: Verordnung hinzufügen - Maske 202AL 40
Abbildung 25: Antrag nacherfassen – Original-Zuweisung – Maske 202AA 40
Abbildung 26: eKOS-Menü: Antrag mittels Code abfragen – Maske 20000 42
Abbildung 27: Antrag mittels Code abfragen - Maske 20300 42
Abbildung 28: Antrag mittels Code abfragen: Antragsübersicht - Maske 2033U 43
Abbildung 29: eKOS-Menü: Eigene (Erstellte/Verordnete/Übernommene) Anträge suchen – Maske 20000 45
Abbildung 30: Eigene Anträge suchen - Maske 20400 45
Abbildung 31: Eigene Anträge suchen: Suchergebnisse - Maske 2043L 48
Abbildung 32: Eigene Anträge suchen: Antragsübersicht - Maske 2043U 51
Abbildung 33: Details zur Leistung einsehen: beantragte Leistung – Maske 20436 55
Abbildung 34: Details zur Leistung einsehen: entschiedene Leistung – Maske 20436 55
Abbildung 35 - Details zur Leistung - Leistungsstatus geändert freigegeben – Maske 20436 56
Abbildung 36: Antragdaten einsehen – Maske 20435 57
Abbildung 37: Antragsanlagen abrufen - Maske 20334 58
Abbildung 38: Antragsübersicht: Terminvereinbarung – Maske 2033U 59
Abbildung 39: Terminvereinbarung bestätigen - Maske 2034R 59
Abbildung 40: Erfolgsmaske Terminvereinbarung – Maske 20348 60
Abbildung 41: Antragsübersicht: Terminvereinbarung widerrufen - Maske 2043U 61
Abbildung 42: Terminvereinbarung widerrufen – Maske 2044S 61
Abbildung 43: Erfolgsmaske Widerruf Terminvereinbarung - Maske 20447 62
Abbildung 44: Antrag mittels Code abfragen: Leistung übernehmen – Maske 20310 63
Abbildung 45: Bestätigung Leistungsübernahme – Maske 2031E 64
Abbildung 46: Leistungsübernahme widerrufen – Maske 2031W 65
Abbildung 47: Erfolgsmaske Widerruf Leistungsübernahme – Maske 20318 65
Abbildung 48: Evidenzdaten einsehen – Maske 20320 66
Abbildung 49: Evidenzantwort erstellen - Maske 2042R 67
Abbildung 50: Evidenzantwort: Anlagen hinzufügen - Maske 2042A 67
Abbildung 51: e-Zuweisung stornieren – Maske 2030S 68
Abbildung 52: Erfolgsmeldung Stornierung e-Zuweisung – Maske 20307 68
Abbildung 53: Druckansicht Antragsstatus "übertragen" 70
Abbildung 54: Druckansicht Antragsstatus "storniert" 71
Abbildung 55: Druckansicht „MeineSV“ 72
Abbildung 56: Fehlermeldung 74

11. Anhang

11.1 Fehlermeldungen

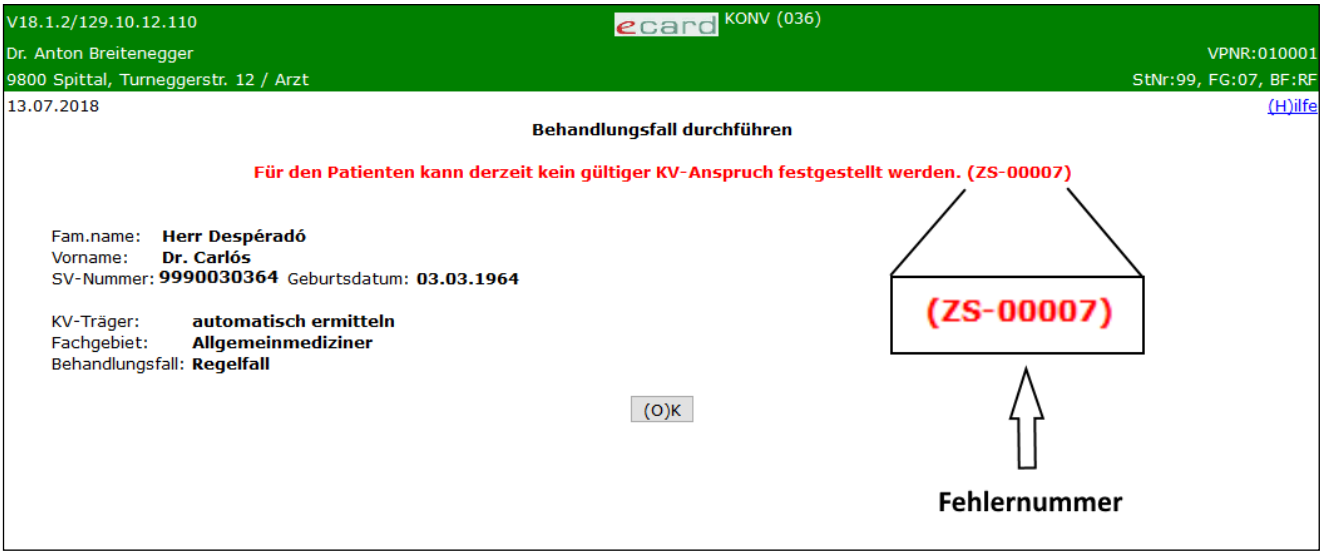


Abbildung 56: Fehlermeldung

Im Falle einer Fehlermeldung, deren Bedeutung nicht klar ist, notieren Sie sich bitte die Fehlernummer (z. B.: ZS-00007) und wenden Sie sich an die Serviceline.

11.2 Glossar

Begriff	Erklärung
Abrechnungsperiode	Kalenderzeitraum, für den abrechnungsrelevante Sachverhalte gemeinsam betrachtet bzw. abgerechnet werden. Die Abrechnungsperiode wird zwischen dem KV-Träger und dem Vertragspartner in einem Vertrag geregelt. Dauer entweder ein Monat oder ein Quartal.
Anspruchsbeleg	Grundsätzlich wird der KV-Anspruch durch eine Abfrage am e-card Server festgestellt. In Einzelfällen kann durch den leistungszuständigen Krankenversicherungsträger ein Papierbeleg ausgestellt werden, um dem Vertragspartner eine Abrechnung zu ermöglichen.
Anspruchsberechtigter	Person, die zu einem bestimmten Zeitpunkt Anspruch auf Versicherungsleistungen aus der Krankenversicherung hat.
Anspruchsnachweis	e-card oder Anspruchsbeleg eines KV-Trägers, der den Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung dokumentiert.

Begriff	Erklärung
Antragstyp	CT: Computertomographie MR: Magnetresonanztomographie NUK: Nuklearmedizinische Untersuchungen HUM: Humangenetische Untersuchungen KPD: Klinisch psychologische Diagnostik KDM: Knochendichtemessung RÖ-T: Röntgen-Therapie RÖ/SO: Röntgen / Sonographie
Arzt-EDV	Externes EDV-System einer Ordination zur Verwaltung und Abrechnung des Ordinationsbetriebes.
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
Dialog	Bezeichnet den Zeitraum zwischen Anmeldung und Abmeldung am e-card System.
Download	Übertragen von Daten oder Programmen von einem übergeordneten System (Hintergrundsystem, Host) an ein untergeordnetes System.
e-card Server	Zentrales EDV-System beim Betreiber zur Verwaltung und Überprüfung der Ansprüche und Konsultationen.
e-card System	Ergebnis des Projektes e-card, bestehend aus Konsultationsgesamtsystem + Kartensystem, Prozessen und Personen.
e-Zuweisung	Die e-Zuweisung entspricht der elektronifizierten papierschriftlichen Zuweisung.
EKVK	Europäische Krankenversicherungskarte
elektronisches Bewilligungs- und Antragsservice (eBS)	eBS war die frühere Bezeichnung von eKOS bis inkl. Rel R18a.
Erstkonsultation	Erste Inanspruchnahme eines Vertragspartners eines bestimmten Fachgebietes durch einen Anspruchsberechtigten eines bestimmten KV-Trägers im Abrechnungszeitraum.
exportieren	Um Daten zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufrufen zu können, müssen diese an einem anderen Ort außerhalb der Applikation (z.B. externes Laufwerk, USB-Stick, usw.) archiviert werden, da diese Daten sonst nach dem Übermitteln nicht mehr zur Verfügung stehen.
Folgekonsultation	Ab der zweiten Inanspruchnahme

Begriff	Erklärung
	• durch denselben Anspruchsberechtigten • bei demselben Vertragspartner • in derselben Prüfperiode • aus demselben Behandlungsfall • bei demselben Krankenversicherungsträger • in demselben Fachgebiet spricht man von einer Folgekonsultation.
Gültige e-card	Eine e-card ist gültig, wenn sie elektronisch angesprochen werden kann und nicht gesperrt ist.
HUM	Humangenetische Untersuchungen
KDM	Knochendichtemessung
Konsultation	➔ Erstkonsultation oder ➔ Folgekonsultation Inanspruchnahme eines Vertragspartners durch einen Anspruchsberechtigten.
Konsultationsrecht	Das Konsultationsrecht ist das Recht (eines Vertragspartners), einen Anspruchsberechtigten im Rahmen des e-card Systems zu betreuen. Es stellt im e-card System einen bestimmten Vertragstyp dar. Vertragspartner, die entweder einen kurativen oder einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag mit mindestens einem KV-Träger haben, besitzen in den meisten Fällen ein Konsultations- und Rezepturrecht.
KPD	Klinisch psychologische Untersuchung
Krankenfürsorgeanstalt	Krankenfürsorgeanstalten (KFA) sind dienstrechtliche Einrichtungen für Dienstnehmer (Beamte, Vertragsbedienstete) einiger Länder und Gemeinden (z. B. Wien, Baden, Tirol, Salzburg, Graz, Villach, usw.) außerhalb des österreichischen Sozialversicherungssystems, die im Wesentlichen dieselbe Funktion haben wie Krankenversicherungsträger. Einige KFA nehmen am e-card System teil, andere nicht. Die Versicherungszeiten bei KFA sind Zeiten einer Krankenversicherung nach dem Sozialversicherungsrecht weitgehend gleichgestellt.

Begriff	Erklärung
Kurative Leistungen	Bezeichnung für ärztliche Leistungen, die im Rahmen eines „kurativen Vertrages“ zur Behandlung der Patienten erbracht werden (im Gegensatz zu Vorsorgeleistungen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen).
KV-Anspruch	Ein KV-Anspruch ist die ermittelte Anspruchsberechtigung auf den Bezug einer Sach- bzw. Geldleistung aus der Krankenversicherung.
KV-Träger	Ein Krankenversicherungsträger nimmt die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wahr. Dazu zählen die ÖGK (alle ÖGK-Dienststellen), BVAEB-EB, BVAEB-OEB, SVS-GW, SVS-LW sowie (technisch betrachtet, nicht rechtlich!) alle am e-card System teilnehmenden Krankenfürsorgeanstalten.
Leistungsart	Die Leistungsart beschreibt die Kategorie bestimmter Leistungen (z. B.: nuklearmedizinische Untersuchungen). Eine Leistungsart ist immer einem Antragstyp zugeordnet (Überweisung, Zuweisung, Anweisung, Einweisung und Verordnung). Da die in eKOS momentan verfügbaren Leistungsarten ausschließlich zuweisungsgebunden sind, ist vorerst keine Auswahl eines Antragstypen erforderlich.
Leistungszuständiger KV-Träger des Anspruchsberechtigten	Das ist jener KV-Träger des Anspruchsberechtigten, der für eine mögliche Übernahme der Kosten für eine erbrachte Leistung zuständig ist. Die Zuordnung erfolgt aufgrund der Pflichtversicherung.
Mehrfachversicherung	Bezeichnung für das gleichzeitige Bestehen von mehreren Versicherungsverhältnissen bei einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern.
MR	Magnetresonanztomographie
NUK	Nuklearmedizinische Untersuchung
Online	Es kommt zu einer direkten Netzverbindung zum e-card Server. Der aktuelle Stand der Daten kann eingesehen und übertragen werden.
Online-Anspruchsprüfung	Jeder Online-Zugriff auf den e-card Server, bei dem die aktuellen Versicherungsdaten eines Patienten abgefragt werden.

Begriff	Erklärung
Rezepturrecht	Das Rezepturrecht ist das Recht, auf Kosten eines KV-Trägers Heilmittel zu verschreiben und einschlägige Rezepte auszustellen. Es stellt im e-card System einen bestimmten Vertragstyp dar. Vertragspartner im Sinne des e-card Systems, die ausschließlich eine Rezeptbewilligung, also ein Rezepturrecht haben (Krankenanstalten oder Wahlärzte mit Rezepturrecht), dürfen Kassenrezepte ausstellen. Vertragspartner, die entweder einen kurativen oder einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag mit mindestens einem KV-Träger haben, besitzen in den meisten Fällen ein Konsultations- und Rezepturrecht.
RÖ-T	Röntgen-Therapie
RÖ/SO	Röntgen / Sonographie
Sachleistungsberechtigter	Versicherte der SVS-GW werden, abhängig vom Einkommen und deren Erklärung, in Geldleistungs- und Sachleistungsberechtigte eingeteilt. Sachleistungsberechtigte können Vertragspartner mit der e-card (=„Krankenschein“) aufsuchen. Weiters gibt es die Möglichkeit einer • „Sachleistungsberechtigung für Mutter-Kind-Pass und Vorsorgeuntersuchungen für Nichtversicherte“, welche zur Inanspruchnahme eines Vertragspartners speziell für die Behandlungsfälle der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und der Vorsorgeuntersuchungen auf Kosten eines KV-Trägers berechtigt.
Serviceline	Die Serviceline stellt das zentrale Bindeglied zwischen Versicherten, Ordinationen, KV-Träger Servicecenter, eigenen Einrichtungen der KV-Träger und dem Betrieb des e-card Systems dar. Die Nummer der Serviceline entnehmen Sie entweder der Vorderseite der e-card oder der Rückseite der Admin-Karte.
Signatur	Oft auch elektronische Unterschrift genannt und wird zur Feststellung der Authentizität von elektronisch übermittelten Nachrichten oder elektronischen Dokumenten verwendet. D.h. mittels der digitalen Signatur kann sowohl die

Begriff	Erklärung
	Unverfälschtheit einer Nachricht als auch der Unterzeichner des gesendeten Dokumentes verifiziert werden. Zur Verschlüsselung der digitalen Signatur dient ein asymmetrischer kryptografischer Algorithmus.
SV-Beleg	Papierformular zur Unterstützung des e-card Systems, z. B. in Form eines Verrechnungsbelegs, Anspruchsbelegs, Überweisungsbelegs etc.
SV-Nummer	Eine SV-Nummer (Sozialversicherungsnummer, auch SVNR abgekürzt) ist eine 10-stellige Zahl, die aus einer 3-stelligen Laufnummer, einer Prüfziffer und dem Geburtsdatum (in der Form TTMMJJ) besteht. Falls das genaue Geburtsdatum nicht bekannt ist oder an einem Kalendertag die Laufnummern aufgebraucht sind, wird der Geburtstag mit 01, 02, 03 und der Geburtsmonat mit 13, 14, 15 ... ersetzt. Die Versicherungsnummer dient zur Identifikation eines Menschen und sagt nichts über seine sozialversicherungsrechtliche Stellung aus.
Tätigkeitsbereich	Der Tätigkeitsbereich ist jene Rolle, mit der der Vertragspartner gegenüber der Sozialversicherung auftritt. Der einem Vertragspartner zugeordnete Tätigkeitsbereich richtet sich nach dessen Fachgebiet(en) bzw. Verträgen. Ein Vertragspartner kann einen oder mehrere Tätigkeitsbereiche besitzen.
Verrechnungszuständiger KV-Träger des Vertragspartners	Jener KV-Träger, mit dem der Vertragspartner die für den Anspruchsberechtigten erbrachte Leistung abrechnet.
Vertragseinrichtung	Alle Institutionen, mit denen ein Vertrag über die Erbringung von Leistungen auf Rechnung des KV-Trägers besteht.
Vertragspartnernummer (VPNR)	Die Vertragspartnernummer ist die eindeutige Identifikation eines Vertragspartners.

11.3 Liste der KV-Träger

Die Liste der KV-Träger ist im Handbuch *Allgemeiner Teil* angeführt.

11.4 Liste der Fachgebiete

Die Liste der Fachgebiete ist im Handbuch *Allgemeiner Teil* angeführt.

11.5 Liste wichtiger Staatencodes

Die Liste der wichtigen Staatencodes ist im Handbuch *Allgemeiner Teil* angeführt. Für das Service eKOS ist der zweistellige Staatencode relevant.

11.6 Tastenkombinationen (Shortcuts)

Tastenkombinationen (Shortcuts) sind im Handbuch *Allgemeiner Teil* angeführt.

12. Eigene Notizen