



Arztinformationssystem

**Facharztvertrag
Neurologie, Psychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie
AOK Baden-Württemberg**

Stand Juni 2015

Inhaltsverzeichnis

1	AOK Facharztmodul Baden - Württemberg	6
1.1	Vertrag freischalten	6
1.1.1	Weg 1	6
1.1.2	Weg 2	7
1.2	Aktivierung der HZV-Funktionalität in ALBIS.....	9
1.3	Einsatz HZV Box.....	9
1.4	Konfiguration des „HÄVG Prüfmodul“	10
1.5	ALBIS Version und „HÄVG Prüfmodul“	10
1.6	ALBIS Version und „telemed.net“	11
1.7	ALBIS Version und ifap praxisCENTER 3	11
1.8	Prüfung auf die Version des „HÄVG Prüfmodul“	12
2	Arztdaten- Verwaltung.....	12
2.1	Eingabe der MEDIVERBUND-ID.....	12
2.2	Aktivierung der Arzt-Vertragsteilnahme	14
2.3	Handhabung in Praxisgemeinschaften.....	16
3	IV- Verwaltung.....	16
3.1	Schneller Aufruf von Abrechnung Integrierte Versorgung Verwaltung.....	16
3.2	Register Patientenverwaltung	18
3.2.1	Scanner.....	19
3.2.2	Direktaufnahme	19
3.2.2.1	Einschreiben der Patienten.....	20
3.2.2.2	Suche.....	21
3.2.3	Patient suchen	21
3.2.4	Patientenerklärung.....	21
3.2.4.1	Onlineüberprüfung: Der Patient ist bereits eingeschrieben	22
3.2.4.2	Onlineüberprüfung: Der Patient ist nicht eingeschrieben	3
3.3	Wichtiger Hinweis:.....	3
3.4	Einschreiben	3
3.5	Ausschließen.....	3
3.6	Erinnerung.....	3
3.7	Vertretung.....	4
3.7.1	Teilnahme beenden	4
3.7.2	Teilnahme stornieren	4
3.7.3	Teilnahmeende aufheben	5

3.8	Änderung des Status für mehrere Patienten gleichzeitig	5
3.9	Hinweis:	5
3.10	Register Information	6
3.10.1	Anzeigen	6
4	Teilnahmeerklärungen ONLINE versenden	7
4.1	Alle	9
4.2	Erzeugt	10
4.3	Gedruckt (Teilnahmeerklärung ONLINE versenden)	11
4.4	Fehlerhaft	14
4.5	Erfolgreich	15
4.6	Schneller Aufruf der Statusübersicht	17
4.7	Hinweismeldung beim Starten von ALBIS	17
5	Leistungskatalog	19
5.1	Aufruf über das ALBIS Menü	20
5.2	Synonyme für HzV Leistungen	20
5.3	Farben für HzV Leistungen	20
6	Prüfung auf Kassenwechsel eines Patienten	20
7	Scheinanlage (HZV Schein) – neuer Scheintyp	21
8	Online Teilnahmeprüfung	22
8.1	Online Teilnahmeprüfung bei aufgerufenem Patient	22
8.2	Online Teilnahmeprüfung bei der Anlage eines KV-Scheins	24
8.3	Onlineteilnahmeprüfung beim Einlesen der Versichertenkarte	24
9	Leistungserfassung	25
9.1	Leistungserfassung in der Karteikarte	25
9.2	Leistungserfassung auf der Scheinrückseite	25
9.3	Leistungsketten	25
9.4	HzV Leistungen auch in der ToDo-Liste nutzbar	26
10	Diagnosenerfassung	27
10.1	Endstellige Diagnosen	27
10.2	Vermeidung UUU Diagnosen	28
10.3	MorbiRSA	28
10.4	Überprüfung M2Q Kriterium	29
10.5	Kodierhilfen	30

10.5.1	Hinweis zu .9-Diagnosen	30
10.5.1	Hinweis bei der Dokumentation von "Zustand nach"-Diagnosen	30
10.5.2	Kodierhilfe Akutdiagnosen mit "Zustand nach"-Vermerk und Hinweis	31
10.5.3	Deaktivieren der Kodierhilfen	32
10.5.4	Hinweis und Kodierhilfe bei der Dokumentation von unspezifischen Diagnosen.....	33
11	Chroniker.....	34
11.1	Kennzeichnung.....	34
11.1	Überprüfung auf nicht abgerechneten Chroniker-Zuschlag.....	34
12	Heilmittel.....	34
12.1	Formular 13a	34
12.1	Folgeverordnung ohne Erstverordnung.....	40
12.2	Patientenverordnungshistorie.....	40
12.3	Gesamtverordnungshistorie	42
13	Formular Muster 14 (Heilmittelverordnung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	43
13.1	12.2 Patientenverordnungshistorie	43
13.2	12.3 Gesamtverordnungshistorie	44
14	Formular Muster 18a HMV Ergotherapie	44
15	Muster 6	46
16	Muster 10 & Muster 10a	46
17	Muster 16	46
18	Muster 52.2	46
19	HzV- und KV-Zuordnung von Verordnungen und Diagnosen auf einen Blick	48
20	Verordnungen.....	49
20.1	Verordnen mit dem ifap praxisCENTER 3	49
20.1.1	Einstellungen	49
20.1.1.1	Einstellungen in ALBIS.....	49
20.1.1.2	Einstellungen im ifap praxisCENTER	49
20.1.2	Arzneimittlempfehlung	49
20.1.3	Kennzeichnung von PIM Präparaten	50
20.1.4	Krankenkasse bei Verordnung	51
20.1.5	Aut-Idem	51
20.1.6	Kombinierte Wirkstoff/Namenssuche.....	51
20.2	Anzeige der Arzneimittel mit der Rabattkategorie Grün und Blau in der ifap Arzneimitteldatenbank...	51

20.3	Kennzeichnung von PIM Präparaten	53
20.4	Krankenkasse bei Verordnung.....	55
20.5	Vereinfachte Wirkstoffsuche	55
20.6	Kombinierte, vereinfachte Wirkstoff/Namenssuche	56
21	Abrechnung	57
21.1	HZV Abrechnung	57
21.1.1	Prüflauf.....	57
21.1.2	Testabrechnung	57
21.1.3	Abrechnung	58
21.1.4	Sammelabrechnung	58
21.2	Vorquartalscheine (Nachzügler).....	60
21.3	Listen für die Abrechnung.....	60
21.3.1	Liste Nein-Scheine	60
21.3.2	Liste Scheine ohne Leistungen	61
21.3.3	Scheine ohne Einlesedatum	61
21.3.4	Liste KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein	61
21.4	KV Abrechnung	63
21.4.1	Meldung beim Anlegen eines KV-Scheins bei einem HzV Patienten	63
21.4.2	Liste aller Patienten mit aktiver Vertragsteilnahme und KV-Schein	63
21.5	Übermitteln von Verordnungsdaten	64
21.6	Diagnoseprüflauf auf Grundlage von Indikator-Wirkstoffen.....	64
21.7	Abrechnungsprotokolle Archivieren.....	65
22	Asynchrone Leistungen	66
23	Statistiken / Protokolle	66
23.1	Ziffernstatistik.....	67
23.2	Kontrollliste	68
23.3	Fehlerprotokoll	69
23.4	Versandliste.....	69
23.5	Abrechnungshistorie.....	69
23.6	Scheinzahlliste für Direktabrechnungsscheine.....	70
23.7	Medikamentenstatistik mit Anzeige der Rabattkategorie	71
23.8	Medikamentenstatistik mit Auswertung der Verordnungen nach Rabattkategorien	71
24	Menüpunkt Optionen HZV	73

1 AOK Facharztmodul Baden - Württemberg

Sie haben sich zur Teilnahme am Facharztvertrag (gem. §73c SGB V) entschlossen.

Um an dem Vertrag teilnehmen zu können, müssen Sie den Vertrag freischalten. Im Folgenden werden Ihnen die beiden Schritte Vertrag freischalten und Aktivierung der HZV-Funktionalität in ALBIS beschrieben.

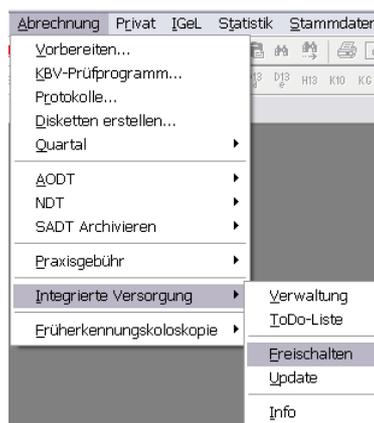
1.1 Vertrag freischalten

Um den Vertrag in ALBIS nutzen zu können, müssen Sie den Vertrag aktivieren. Dies geschieht über eine Freischaltung.

Die Aktivierung des Vertrages durch die Freischaltung kann über zwei Wege erfolgen:

1.1.1 Weg 1

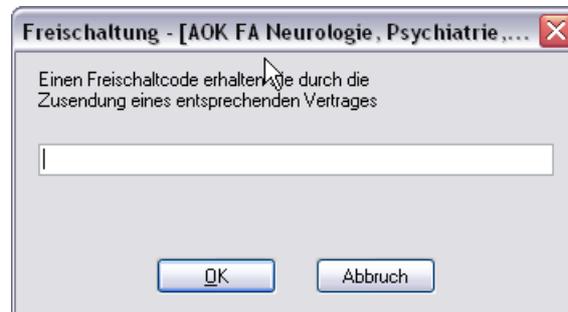
Abrechnung Integrierte Versorgung Freischalten



Anschließend erscheint ein Arztwahldialog, in dem Sie entweder einen Arzt oder eine Arztnummer auswählen. Die Freischaltung erfolgt immer für eine Abrechnungsnummer, auch wenn Sie einen einzelnen Arzt auswählen. Die Auswahl wird durch das Aktivieren der Schaltfläche  übernommen.

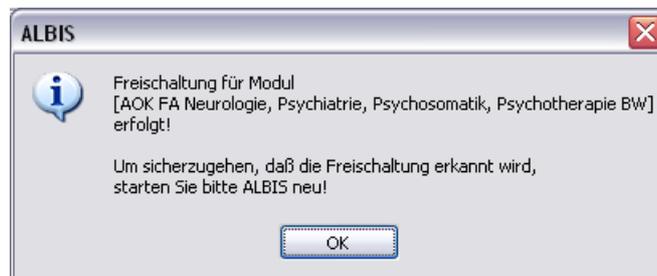


Im Anschluss erscheint das Eingabefenster in dem Ihr persönlicher Freischaltcode eingetragen werden muss.



Nach der Eingabe Ihres individuellen Freischaltcodes bestätigen Sie diese Eingabe durch Aktivierung des Druckknopfes .

Es erscheint folgende Meldung:



Durch die Aktivierung des Druckknopfes  ist die Freischaltung für das Modul durchgeführt.

1.1.2 Weg 2

Abrechnung Integrierte Versorgung IV-Verwaltung.

Es erscheint folgender Dialog:

ALBIS – AOK Facharztvertrag NPPP Baden-Württemberg

IV-Verwaltung - [Mediverbund] für Dr. med. Arzt A HZV BW

Anbieter:
 CGM Versorgungssteuerung
 Deutsche BKK
 DMP
 FoodKerts
 HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG
 medicaltex
 Mediverbund
 Techniker Krankenkasse

Aktive Verträge (3) Inaktive Verträge (0) Favorit

Vertrag
 Freischalten
 Stapeldruck
 Deaktivieren
 Statistik

Information **Patientenverwaltung**

Patientenverwaltung für das Modul [AOK FA Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie BW].

Alle (1) | Eingeschrieben (0) | Beantragt (0) | Im Versand (0) | Erinnerung (1) | Ausgeschlossen (0) | Teilnahm

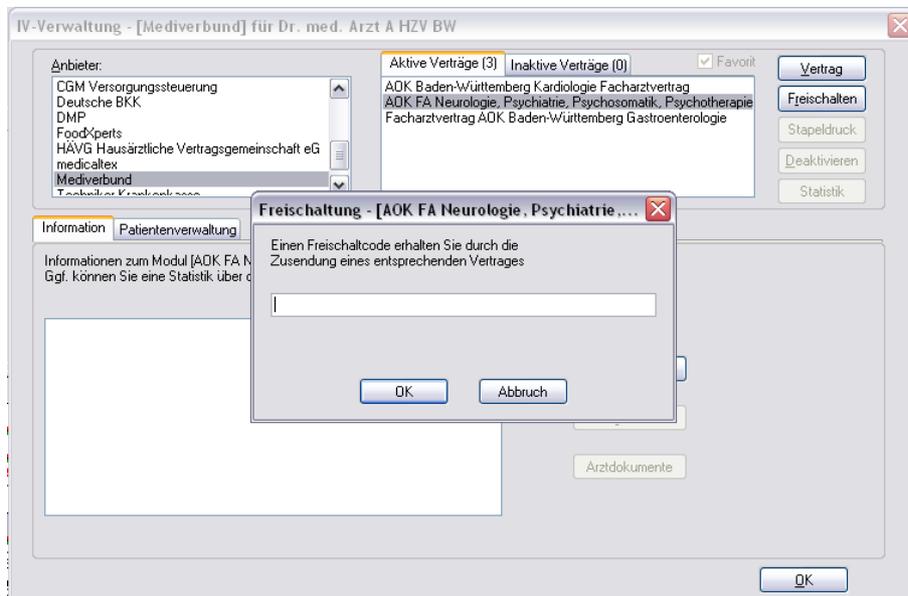
Patient	Nr.	Geboren	Telefon	Kategorie
Großburg, Fabian	51	12.12.1980 (30)		Erinnerung

Spanner | **Direktaufnahme** | Direktaktivierung | Import | Liste Drucken

Patient suchen
 Einschreiben
 Vertretung
 Patientenerklärung
 Ausschließen
 Erinnerung
 Teilnahme beenden

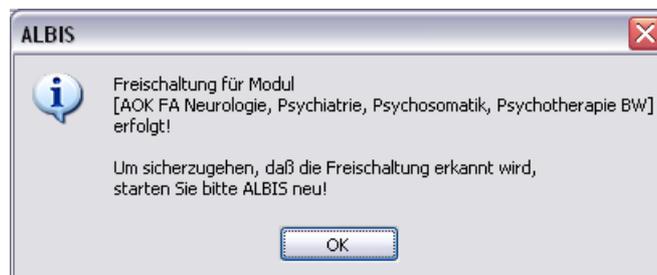
OK

Betätigen Sie den Druckknopf Freischalten und es erscheint der Freischalt-Dialog:



Nach der Eingabe Ihres individuellen Freischaltcodes bestätigen Sie diese Eingabe durch Aktivierung des Druckknopfes .

Es erscheint folgende Meldung:



Durch die Aktivierung des Druckknopfes  ist die Freischaltung für das Modul durchgeführt.

1.2 Aktivierung der HZV-Funktionalität in ALBIS

Ab der ALBIS Version 9.30 müssen Sie die HZV Funktionalitäten in ALBIS nicht mehr separat freischalten.

1.3 Einsatz HZV Box

Für die Verwendung der HZV Funktionalitäten empfehlen wir eine HZV Box zu verwenden.

Es wird dringend empfohlen, dass die HZV Box vom ALBIS Vertriebs- und ServicePartner installiert wird.

1.4 Konfiguration des „HÄVG Prüfmodul“

Bitte tragen Sie in ALBIS die IP Adresse der HZV Box ein. Diese Einstellung erreichen Sie über Optionen Geräte Chipkartenleser/Konnektoren... Tragen Sie bitte im Bereich **HÄVGS Gekapselter Kern/Medikationsmodul** im Feld Adresse die IP Adresse der HZV Box und im Feld Port den Wert 22220 ein. Für diesbezügliche Fragen steht Ihnen gerne Ihr zuständiger Vertriebs- und Servicepartner unterstützend zur Verfügung.

1.5 ALBIS Version und „HÄVG Prüfmodul“

Ab dem Q2 / 2011 ersetzt das neue HÄVG Prüfmodul der HÄVG den sogenannten „gekapselten Kern“. Das neue HÄVG Prüfmodul wird, wenn Sie Ihr ALBIS nach Einspielen des Updates 10.20 auf dem Server starten, automatisch auf dem Server installiert.

War die Installation erfolgreich, so erscheint folgender Hinweis:



Erscheint eine Fehlermeldung, so wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen ALBIS Vertriebs- und Servicepartner.

Die Installation des HÄVG Prüfmoduls ist zwingend notwendig, da ohne diese Installation diversen HzV Funktionalitäten nicht sichergestellt werden können, wie z.B. die Arzneimittelempfehlungen:

Verordnen (mit ifap praxisCENTER)



Ebenfalls funktioniert in diesem Fall die Abrechnung nicht.

Wichtiger Hinweis:

Für die Verwendung der HzV Funktionalitäten in Verbindung mit dem neuen HÄVG Prüfmodul empfehlen wir eine HzV Box zu verwenden.

Es wird dringend empfohlen, dass die HzV Box vom ALBIS Vertriebs- und ServicePartner installiert wird.

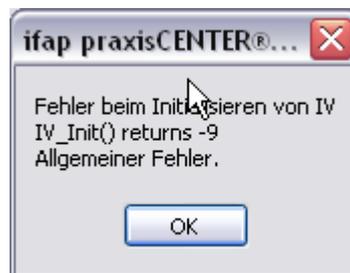
1.6 ALBIS Version und „telemed.net“

Bitte beachten Sie, dass mit dieser ALBIS Version die entsprechende telemed.net Version installiert wird. Sie erhalten hierzu vor dem ersten ALBIS Start einen Hinweis des telemed.net Installations-bildschirms. Bitte folgen Sie den entsprechenden Installationshinweisen und installieren die aktuellste Version von telemed.net.

1.7 ALBIS Version und ifap praxisCENTER 3

Damit z.B. die Arzneimittelempfehlungen funktionieren ist es zwingend notwendig, dass das ifap praxisCENTER 3 installiert ist. Dies wird automatisch mit dem ALBIS Update installiert.

Ist das nicht der Fall, so erscheint beim Verordnen mit dem ifap praxisCENTER 3 folgende Hinweismeldung:



Bitte installieren Sie in diesem Fall die aktuellste Version des ifap praxisCENTERS 3.

1.8 Prüfung auf die Version des „HÄVG Prüfmodul“

Laut Pflichtfunktion der HÄVG muss ein Hinweis angezeigt werden, wenn die Gültigkeit des „HÄVG Prüfmoduls“ überschritten ist. Ist dies der Fall, so erscheint folgende Meldung:

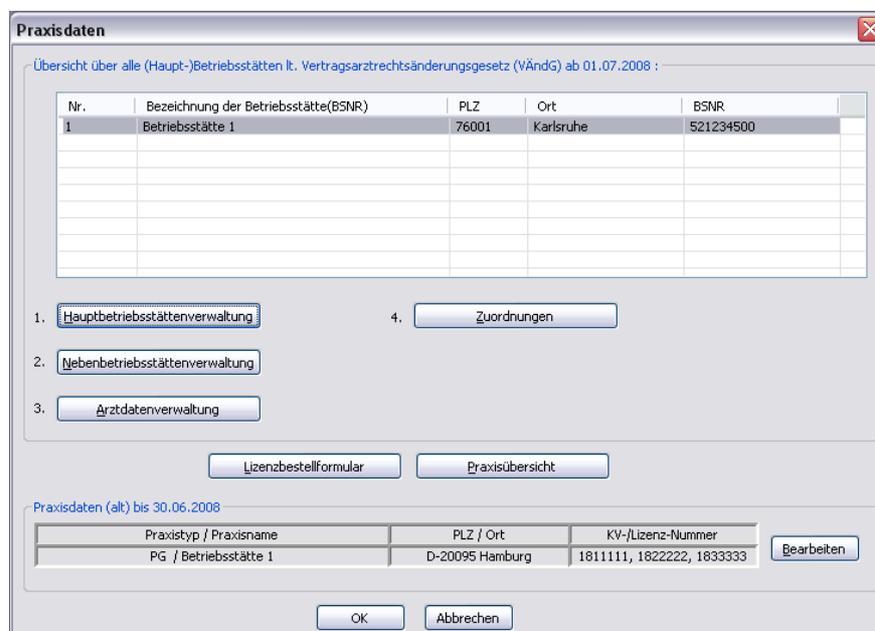


Bestätigen Sie die Meldung mit OK und wenden Sie sich an Ihren ALBIS Vertriebs- und ServicePartner, um die aktuelle Version des „HÄVG Prüfmodul“ zu erhalten.

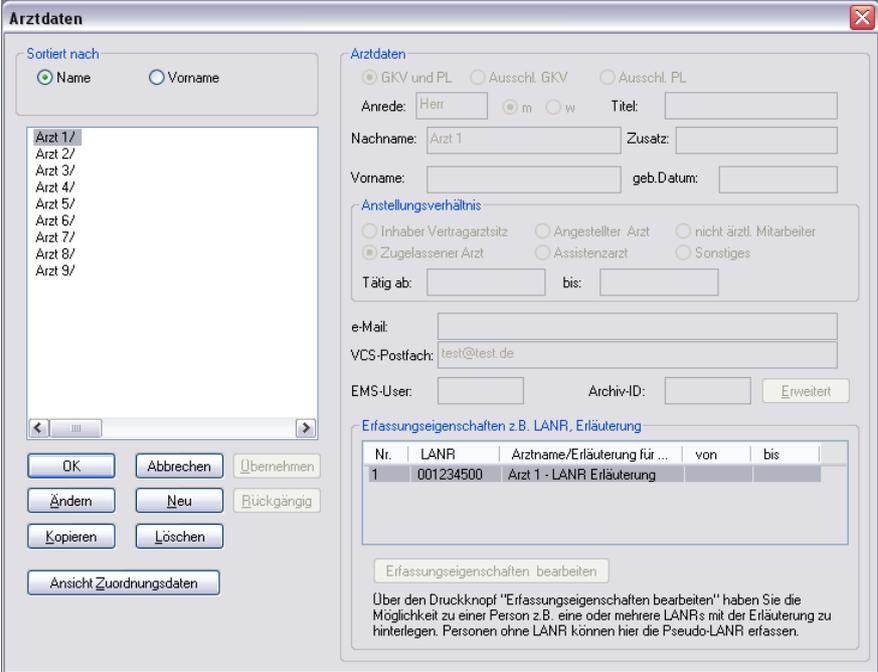
2 Arztdaten- Verwaltung

2.1 Eingabe der MEDIVERBUND-ID

Um eine Vertragseinschreibung von Patienten durchführen zu können, benötigen Sie die MEDIVERBUND-ID. Diese können Sie in den Praxisstammdaten in der Arztdatenverwaltung eingeben. Sie gelangen dorthin, indem Sie über das Menü Stammdaten Praxisdaten den Praxisstammdatendialog aufrufen:



Betätigen Sie den Druckknopf Arztdatenverwaltung, so gelangen Sie in die Arztdatenverwaltung:



Arztdaten

Sortiert nach
 Name Vorname

Arzt 1/
 Arzt 2/
 Arzt 3/
 Arzt 4/
 Arzt 5/
 Arzt 6/
 Arzt 7/
 Arzt 8/
 Arzt 9/

OK Abbrechen Übernehmen
 Ändern Neu Rückgängig
 Kopieren Löschen
 Ansicht Zuordnungsdaten

Arztdaten

GKV und PL Ausschl. GKV Ausschl. PL

Anrede: Herr m w Titel: _____

Nachname: Arzt 1 Zusatz: _____

Vorname: _____ geb. Datum: _____

Anstellungsverhältnis

Inhaber Vertragarztsitz Angestellter Arzt nicht ärztl. Mitarbeiter
 Zugelassener Arzt Assistenzarzt Sonstiges

Tätig ab: _____ bis: _____

e-Mail: _____

VCS-Postfach: test@test.de

EMS-User: _____ Archiv-ID: _____

Erfassungseigenschaften z.B. LANR, Erläuterung

Nr.	LANR	Arztname/Erläuterung für ...	von	bis
1	001234500	Arzt 1 - LANR Erläuterung		

Über den Druckknopf "Erfassungseigenschaften bearbeiten" haben Sie die Möglichkeit zu einer Person z.B. eine oder mehrere LANRs mit der Erläuterung zu hinterlegen. Personen ohne LANR können hier die Pseudo-LANR erfassen.

Markieren Sie auf der linken Seite den entsprechenden Arzt, betätigen den Druckknopf Ändern und anschließend den Druckknopf Erweitert. Es erscheint folgender Dialog:



Weitere Arztdaten

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) _____

Landesärztekammer Nr. (LAEK) _____

Daten zu Verträgen nach §73

HÄVG-Daten

HÄVG ID _____

Mithgliedschaft im Hausärzterverband

Mithglied im Hausärzterverband seit _____

Mediverbund-Daten

Mediverbund-ID 10101010

Vertragsdaten

Vertrag: ADK FA Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psych

Teilnahmebeginn: _____ Teilnahmeende: _____

Vertreterarzt: _____

Ändern Übernehmen Rückgängig
 OK Abbrechen

Hier müssen Sie zwingend eine MEDIVERBUND-ID eingeben. Bitte fahren Sie mit dem folgenden Punkt fort.

2.2 Aktivierung der Arzt-Vertragsteilnahme

Damit Sie Patienten einschreiben können, ist es ebenfalls zwingend erforderlich die Arzt-Vertragsteilnahme zu aktivieren.

Sie gelangen dorthin, indem Sie über das Menü Stammdaten Praxisdaten den Praxisstammdatendialog aufrufen:

Nr.	Bezeichnung der Betriebsstätte(BSNR)	PLZ	Ort	BSNR
1	Betriebsstätte 1	76001	Karlsruhe	521234500

Betätigen Sie den Druckknopf Arztdatenverwaltung, so gelangen Sie in die Arztdatenverwaltung:

Nr.	LANR	Arztname/Erläuterung für ...	von	bis
1	001234500	Arzt 1 - LANR Erläuterung		

Markieren Sie auf der linken Seite den entsprechenden Arzt, betätigen den Druckknopf Ändern und anschließend den Druckknopf Erweitert. Es erscheint folgender Dialog:

Weitere Arztdaten

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

Landesärztekammer Nr. (LAEK)

Daten zu Verträgen nach §73

HÄVG-Daten

HÄVG ID

Mitgliedschaft im Hausärzterverband

Mitglied im Hausärzterverband seit

Mediverbund-Daten

Mediverbund-ID

Vertragsdaten

Vertrag:

Teilnahmebeginn: Teilnahmeende:

Vertreterarzt:

Ändern Übernehmen Rückgängig

OK Abbrechen

Bitte betätigen Sie hierzu im Bereich **Vertragsdaten** den Druckknopf Ändern.

Es ergibt sich folgendes Bild:

Weitere Arztdaten

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

Landesärztekammer Nr. (LAEK)

Daten zu Verträgen nach §73

HÄVG-Daten

HÄVG ID

Mitgliedschaft im Hausärzterverband

Mitglied im Hausärzterverband seit

Mediverbund-Daten

Mediverbund-ID

Vertragsdaten

Vertrag:

Teilnahmebeginn: Teilnahmeende:

Vertreterarzt:

Ändern Übernehmen Rückgängig

OK Abbrechen

Geben Sie bitte in das Feld Teilnahmebeginn das Datum Ihres Teilnahmebeginns am Facharztvertrag der AOK in Baden-Württemberg ein. Speichern Sie die Eingabe über das Betätigen des Druckknopfes Übernehmen. Verlassen Sie den Dialog mit Ok, um Ihre Eingaben zu bestätigen.

2.3 Handhabung in Praxisgemeinschaften

Arbeiten Sie z.B. in einer Praxisgemeinschaft und Ihr Praxiskollege aus der anderen Betriebsstätte der Praxisgemeinschaft ist Ihr Vertreterarzt, so können Sie ab sofort einen HzV Patienten in Vertretung behandeln, ohne diesen Patienten doppelt anlegen zu müssen.

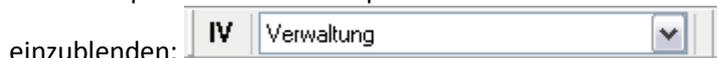
Bitte gehen Sie hierzu im ALBIS Menü über Stammdaten Praxisdaten. Betätigen Sie den Druckknopf Arztdatenverwaltung und wählen Sie den entsprechenden Betreuerarzt aus. Betätigen Sie den Druckknopf Ändern, daraufhin den Druckknopf Erweitert, so dass sich der Dialog weitere Arztdaten öffnet. Wählen Sie im Bereich **Vertragsdaten** den entsprechenden Vertrag aus und betätigen Sie den Druckknopf Ändern. Wählen Sie über die Auswahlliste Vertreterarzt den entsprechenden Vertreterarzt aus.

Ab diesem Zeitpunkt kann der Vertreterarzt für diesen HzV Patienten einen HzV Schein anlegen, ohne den Patienten doppelt anlegen zu müssen.

3 IV- Verwaltung

3.1 Schneller Aufruf von Abrechnung Integrierte Versorgung Verwaltung

Nach Einspielen des ALBIS Updates 9.80 haben Sie die Möglichkeit, die folgende Funktionsleiste einzublenden:



Um diese Funktionsleiste einzublenden, gehen Sie bitte wie folgt vor: Gehen Sie über das ALBIS Menü auf Ansicht Funktionsleiste und markieren Sie den Eintrag Integrierte Versorgung:

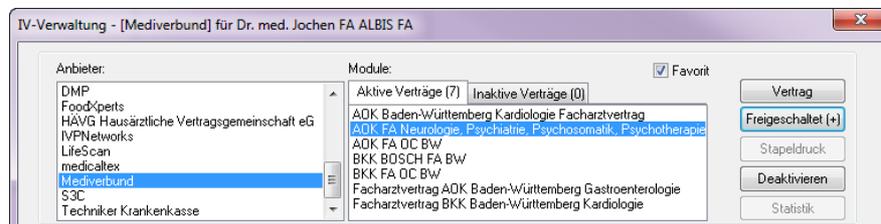


Somit ist die Funktionsleiste eingeblendet und lässt sich wie folgt nutzen:

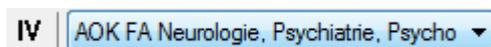
Klicken Sie erstmalig auf den Druckknopf IV, so öffnet sich anschließend der Arztwahldialog. Markieren Sie den entsprechenden Erfasser und bestätigen Sie den Dialog mit OK. Wählen Sie anschließend im Bereich **Anbieter** den entsprechenden Anbieter und im Bereich **Module / Verträge**

ALBIS – AOK Facharztvertrag NPPP Baden-Württemberg

das entsprechende, freigeschaltete Modul aus. Rechts über der Modulauswahl existiert der Schalter Favorit. Möchten Sie das Modul als Favorit markieren, setzen Sie bitte diesen Schalter:



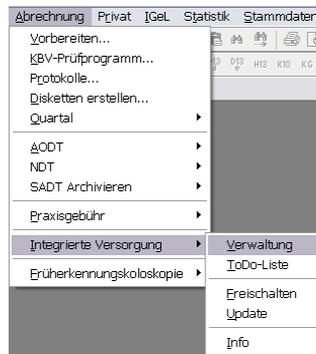
Sobald Sie den Schalter gesetzt haben, wechselt die Funktionsleiste auf das entsprechende Modul:



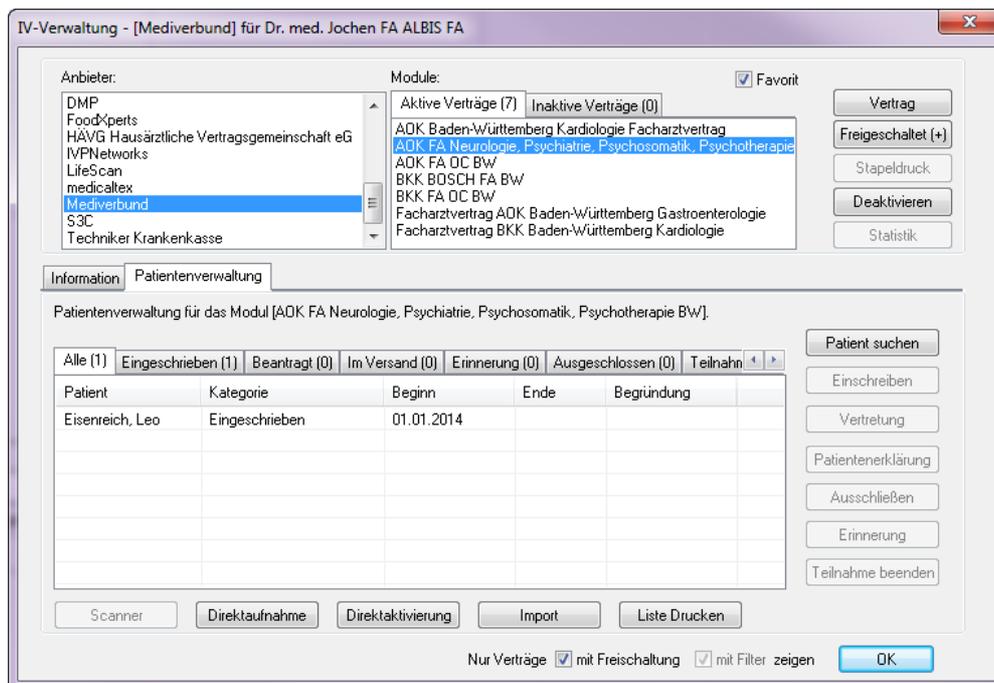
Klicken Sie ab sofort auf den Druckknopf IV, so öffnet sich anschließend der Arztwahldialog. Markieren Sie den entsprechenden Erfasser und bestätigen Sie den Dialog mit OK. Es wird direkt der Dialog IV-Verwaltung mit selektiertem Modul geöffnet, ohne dass Sie noch den Anbieter und das Modul wählen müssen.

ALBIS – AOK Facharztvertrag NPPP Baden-Württemberg

Über den Menüpunkt Abrechnung Integrierte Versorgung Verwaltung und anschließender Auswahl im Arztwahldialog gelangen Sie in die Verwaltung zur Integrierten Versorgung.



Es erscheint folgender Dialog:



In dem Bereich **Anbieter** sind die freigeschalteten Anbieter aufgelistet.

Der Bereich **Module / Verträge** enthält alle Module zu dem im Bereich Anbieter selektierten Anbieter.

3.2 Register Patientenverwaltung

Das Register Patientenverwaltung im unteren Bereich des Dialogs ist direkt ausgewählt und aktiviert.

Folgende Druckknöpfe stehen Ihnen im Register Patientenverwaltung zur Verfügung:

- Scanner
- Direktaufnahme
- Patient suchen
- Einschreiben
- Vertretung
- Patientenerklärung
- Ausschließen
- Erinnerung
- Teilnahme beenden

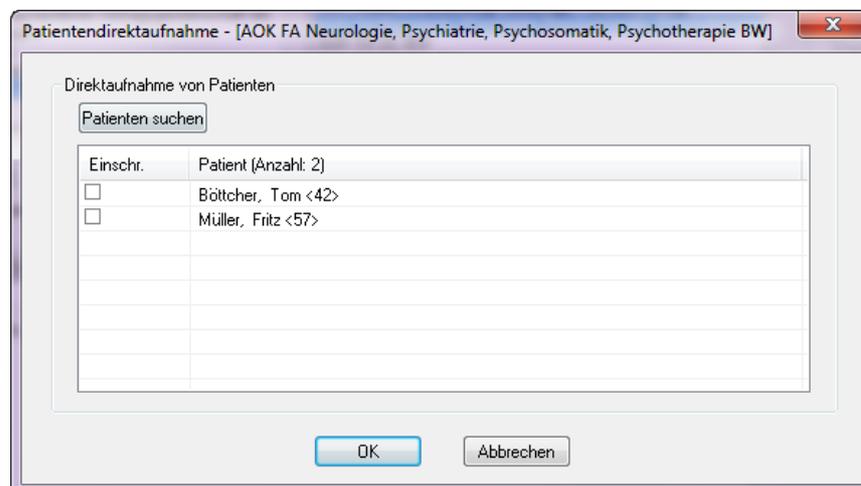
Im Folgenden schildern wir Ihnen die Funktionsweise der einzelnen Druckknöpfe:

3.2.1 Scanner

In diesem Modul existiert kein Scanner, somit ist der Druckknopf Scanner grau hinterlegt und kann nicht benutzt werden.

3.2.2 Direktaufnahme

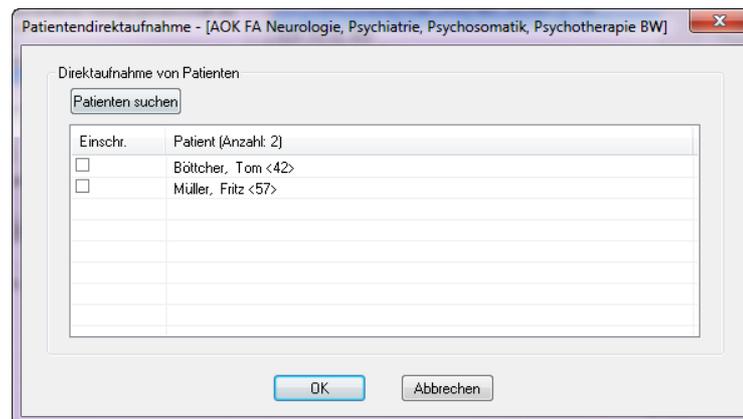
Durch die Aktivierung des Druckknopfes  wird eine Patientenliste angezeigt. In dieser Liste werden Ihnen sämtliche Patienten angezeigt, die beim AOK Facharztprogramm versichert sind und in den erweiterten Stammdaten im Feld „Letzte Behandlung“ einen Datumseintrag innerhalb der letzten 12 Monate haben:



3.2.2.1 Einschreiben der Patienten

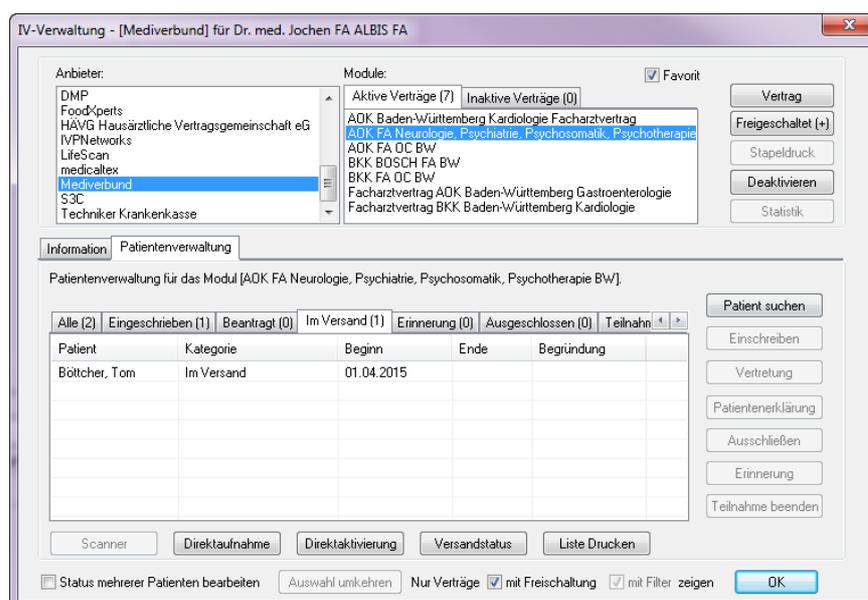
Sie haben die Möglichkeit die Einschreibung von Patienten über die Erinnerung zu beantragen (s. Kapitel 3).

Über die unter Kapitel 3.1.2 beschriebene Liste (Patientendirektaufnahme) können Sie die Einschreibung für Patienten für das HZV AOK Facharztprogramm Hausarztmodul beantragen. Eine Aktivierung der Patienten erfolgt durch eine Markierung im Feld Einschreiben. Diese Markierung kann durch Mausclick oder durch Drücken der Leertaste erfolgen.



Nach der Betätigung des Druckknopfes  werden für diese Patienten die Einschreibeformulare auf dem Bildschirm angezeigt und können von Ihnen bearbeitet und gedruckt werden. Bitte beachten Sie, dass sämtliche Felder dieses Formulars gefüllt sein müssen. Sollten Informationen fehlen, so werden diese Felder rot umrandet dargestellt.

Danach gelangen Sie wieder zurück zu dem Reiter Patientenverwaltung der Verwaltung:



Hier ist automatisch der Filter Im Versand gesetzt und Sie sehen nur die Patienten, deren Teilnahmeerklärung Sie ausgefüllt haben.

Klicken Sie auf das entsprechende Register, um zwischen den verschiedenen Filtern zu wählen. Es existieren folgende Filter:

- Alle
- Eingeschrieben
- Beantragt
- Im Versand
- Erinnerung
- Ausgeschlossen
- Teilnahme beendet

Hinter dem Filternamen wird Ihnen in Klammern die Anzahl der Patienten angezeigt, die in dieser Ansicht vorhanden sind.

3.2.2.2 Suche

Über den Druckknopf Suchen, siehe Kapitel 3.1.2, haben Sie die Möglichkeit in der Direktaufnahme auf gewohnte ALBIS-Art Patienten zu suchen.

3.2.3 Patient suchen

Über diesen Druckknopf können Sie auf gewohnte ALBIS-Art in der Patientenverwaltung nach bestimmten Patienten suchen.

3.2.4 Patientenerklärung

Über diesen Druckknopf haben Sie die Möglichkeit die Vertragsteilnahme für einen Patienten über die Teilnahmeerklärung zu beantragen. Nach der Betätigung des Druckknopfes Patientenerklärung wird online überprüft, ob der Patient, für den Sie die Teilnahme beantragen möchten, schon an dem Vertrag teilnimmt und eingeschrieben ist.

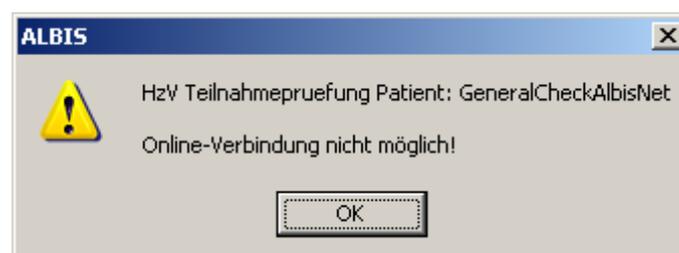
Hier können 3 unterschiedliche Ergebnisse entstehen:

1. Onlineüberprüfung technisch nicht möglich
2. Onlineüberprüfung: Der Patient ist bereits eingeschrieben
3. Onlineüberprüfung: Der Patient ist nicht eingeschrieben

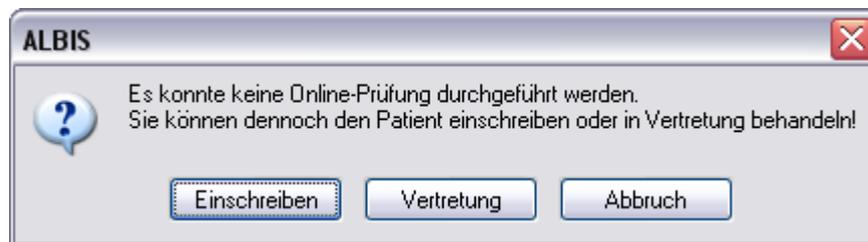
Die wir Ihnen im Folgenden erklären:

3.2.1.2 Onlineüberprüfung technisch nicht möglich

Ist die Onlineteilnahmeprüfung des Patienten technisch nicht möglich, so erscheint folgende Meldung:



Bestätigen Sie diese Meldung mit ok, so erscheint folgender Dialog:



Betätigen Sie den Druckknopf Einschreiben so öffnet sich die Patiententeilnahmeerklärung und Sie können die Einschreibung des Patienten beantragen.

Betätigen Sie den Druckknopf Vertretung so können Sie den Patienten in Vertretung behandeln.

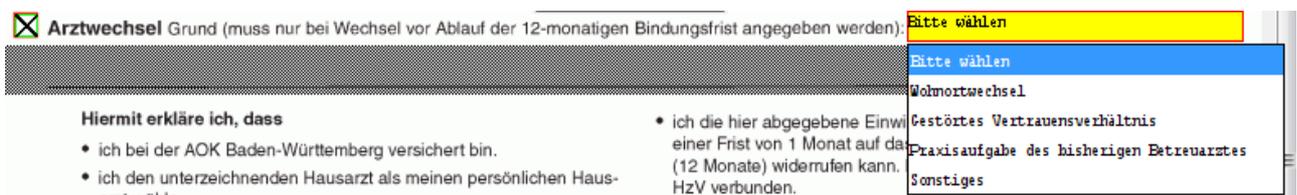
3.2.4.1 Onlineüberprüfung: Der Patient ist bereits eingeschrieben

War die Onlineüberprüfung der Patiententeilnahme erfolgreich, so erscheint folgender Dialog:



Erscheint diese Meldung, fragen Sie bitte den Patienten, ob er bereits bei einem anderen HZV-Arzt eingeschrieben ist. Ist dies der Fall und der Patient möchte von Ihnen als HZV Arzt betreut werden (also einen Arztwechsel durchführen), so betätigen Sie den Druckknopf Einschreiben. Es öffnet sich die Patiententeilnahmeerklärung. Wenn bereits eine Vertragsteilnahme für einen Patienten besteht, der behandelnde Arzt die Beantragung der Patientenvertragsteilnahme an der HZV aber trotzdem fortsetzt, ist das Feld „Arztwechsel“ in der Teilnahmeerklärung für diesen Patienten automatisch markiert.

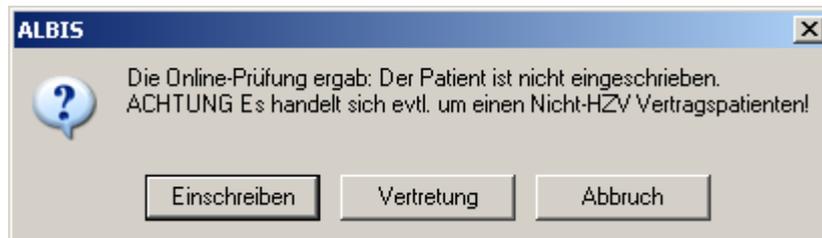
Bitte wählen Sie anschließend einen Wechselgrund aus. Wird der Wechselgrund Sonstiges gewählt, muss zusätzlich ein entsprechender Grund angegeben werden.



Möchte der Patient weiterhin von seinem betreuenden Arzt behandelt werden, so betätigen Sie bitte den Druckknopf Vertretung. Sie können somit direkt den Patienten in Vertretung behandeln.

3.2.4.2 Onlineüberprüfung: Der Patient ist nicht eingeschrieben

Ist das Ergebnis der Onlineüberprüfung, dass der Patient nicht eingeschrieben ist, so erscheint folgende Hinweismeldung:



Betätigen Sie den Druckknopf Einschreiben so öffnet sich die Patiententeilnahmeerklärung und Sie können die Einschreibung des Patienten beantragen.

Betätigen Sie den Druckknopf Vertretung so können Sie den Patienten in Vertretung behandeln.

3.3 **Wichtiger Hinweis:**

Bitte beachten Sie für die ONLINE Versendung der Teilnahmeerklärungen das Kapitel 3.2.2 Arztdokumente (Teilnahmeerklärungen ONLINE versenden).

3.4 **Einschreiben**

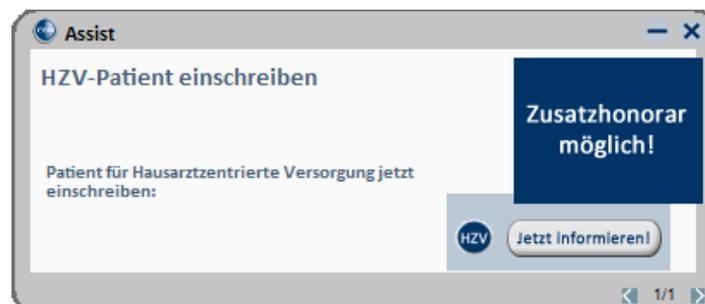
Über diesen Druckknopf haben Sie die Möglichkeit einen Patienten, für den die Teilnahme an dem Vertrag beantragt wurde, einzuschreiben

3.5 **Ausschließen**

Bei ausgewähltem Filter Eingeschrieben haben Sie die Möglichkeit den markierten Patienten direkt auszuschließen. Nach der Betätigung des Druckknopfes Ausschließen wird der Patient aus dieser Ansicht entfernt und ist ab sofort in der Ansicht des Filters Ausgeschlossen zu sehen.

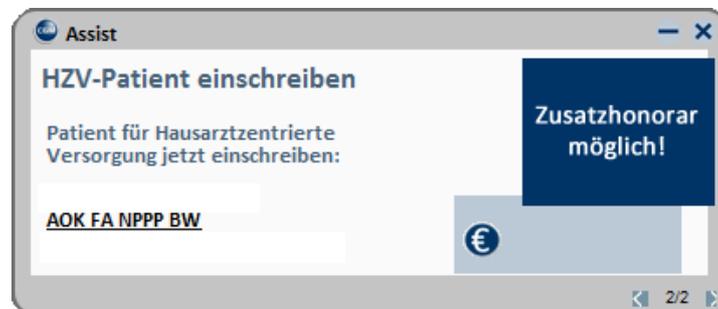
3.6 **Erinnerung**

In den Ansichten der Filter Ausgeschlossen und Eingeschrieben steht Ihnen der Druckknopf Erinnerung zur Verfügung. Über das Betätigen dieses Druckknopfes setzen Sie eine Erinnerung, die daraufhin bei jedem Öffnen dieses Patienten erscheint:



Klicken Sie in diesem Dialog auf Jetzt informieren damit Sie die Einschreibung des Patienten

beantragen können. Wenn Sie dazu den rot markierten Link anklicken, öffnet sich das Einschreibeformular zur Hausarztzentrierten Versorgung:



Wird der Patient eingeschrieben, ist die Erinnerung automatisch deaktiviert. Möchten Sie die Erinnerung unabhängig von der Einschreibung wieder deaktivieren, verfahren Sie bitte wie unter Punkt 3.2.6 beschrieben.

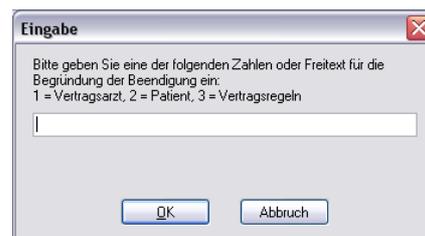
3.7 Vertretung

In den Ansichten der Filter Ausgeschlossen und Erinnerung und Teilnahme beendet steht Ihnen der Druckknopf Vertretung zur Verfügung. Über das Betätigen dieses Druckknopfes können Sie den Patienten ab sofort in Vertretung behandeln.

3.7.1 Teilnahme beenden

Betätigen Sie in dem Register Eingeschrieben den Druckknopf Teilnahme beenden, um die Teilnahme des Patienten zu beenden.

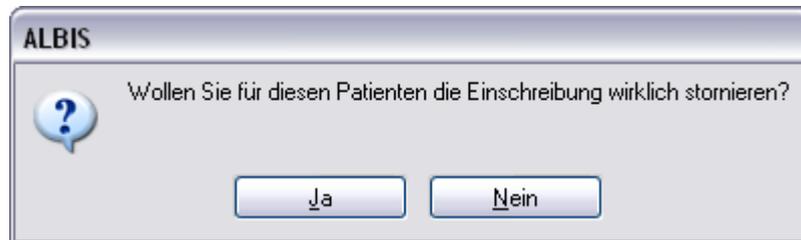
Es erscheint folgender Dialog:



Laut Anforderung ist es Pflicht, hier einen Beendigungsgrund der Teilnahme anzugeben. Wählen Sie 1 für die Beendigung durch Sie als Vertragsarzt, wählen Sie die 2 für die Beendigung durch den Patienten, wählen Sie die 3 für die Beendigung durch Vertragsregeln, oder geben Sie einen Freitext ein. Geben Sie nichts ein, können Sie die Teilnahme des Patienten nicht beenden.

3.7.2 Teilnahme stornieren

Betätigen Sie im Register Eingeschrieben den Druckknopf Teilnahme stornieren, um die Teilnahme eines Patienten zu stornieren. Es folgt eine Sicherheitsabfrage, ob Sie die Teilnahme für diesen Patienten wirklich stornieren möchten:



Betätigen Sie den Druckknopf Ja, so wird die Teilnahme storniert. Betätigen Sie den Druckknopf Nein, so ändert sich der Status des Patienten nicht.

Die Stornierung bewirkt, dass der Patient in den „Urzustand“ zurückgesetzt wird. Das bedeutet, dass er so behandelt wird, als hätte er nie an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilgenommen. Über den Passivscanner, die Direktaufnahme oder den Scanner in der Verwaltung kann der Patient bei Bedarf wieder eingeschrieben werden.

3.7.3 Teilnahmeende aufheben

Haben Sie die Teilnahme eines Patienten über den Druckknopf Teilnahme beenden beendet, so haben Sie in dem Register Teilnahme beendet über den Druckknopf Teilnahmeende aufheben die Möglichkeit, das Teilnahmeende des Patienten wieder aufzuheben. Das bedeutet konkret, dass der Status dieses Patienten wieder auf Eingeschrieben gesetzt wird.

3.8 Änderung des Status für mehrere Patienten gleichzeitig

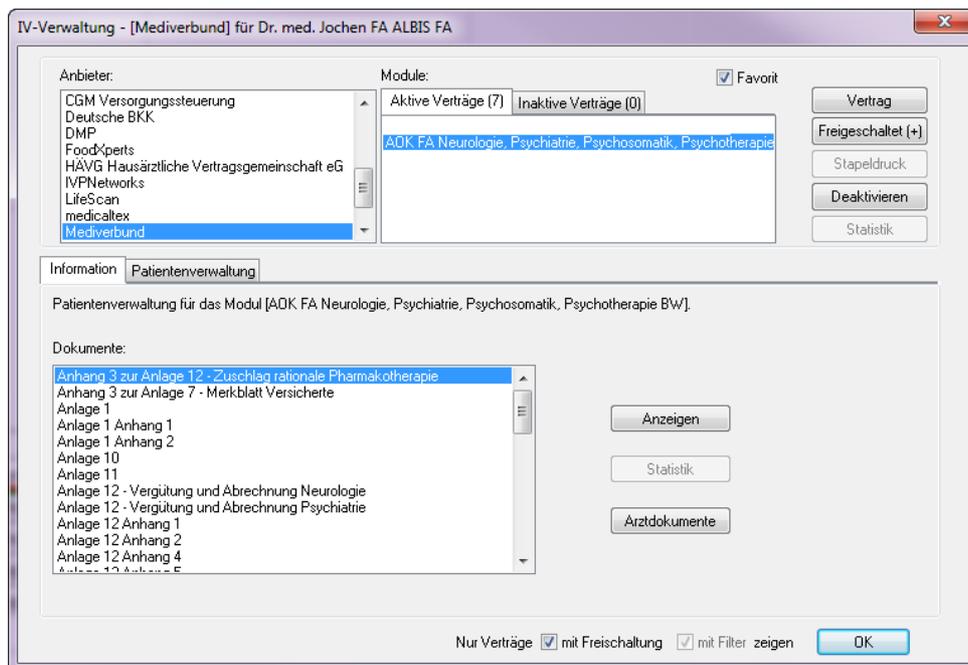
Sie haben die Möglichkeit mit dieser ALBIS Version den Status mehrerer HzV Patienten in der IV- Verwaltung gleichzeitig umzusetzen. Somit haben Sie die Möglichkeit, z.B. mehrere Patienten, die sich im Status beantragt befinden, gleichzeitig einzuschreiben. Öffnen Sie hierzu die IV-Verwaltung, den entsprechenden Anbieter und das entsprechende Modul und wählen Sie im Register Patientenverwaltung den Filter Beantragt. Setzen Sie den Schalter Status mehrerer Patienten bearbeiten und markieren Sie alle Patienten, die Sie einschreiben möchten. Betätigen Sie anschließend, wie gewohnt, den Druckknopf Einschreiben. Geben Sie auf dem Dialog Eingabe das Einschreibedatum für alle markierten Patienten ein. Bestätigen Sie diesen Dialog mit OK, so werden alle Patienten zu diesem Datum eingeschrieben.

3.9 Hinweis:

Um Patienten wieder einzeln selektieren zu können, entfernen Sie bitte den Haken des Schalters Status mehrerer Patienten bearbeiten.

3.10 Register Information

Im Informationsmodul sind derzeit keine weiteren Dokumente zum Vertrag der Hausarztzentrierten Versorgung AOK Facharztprogramm in Baden-Württemberg hinterlegt:



Folgende Druckknöpfe stehen Ihnen im Register Information zur Verfügung:

- Anzeigen
- Arztdokumente

Im Folgenden schildern wir Ihnen die Funktionsweise der einzelnen Druckknöpfe:

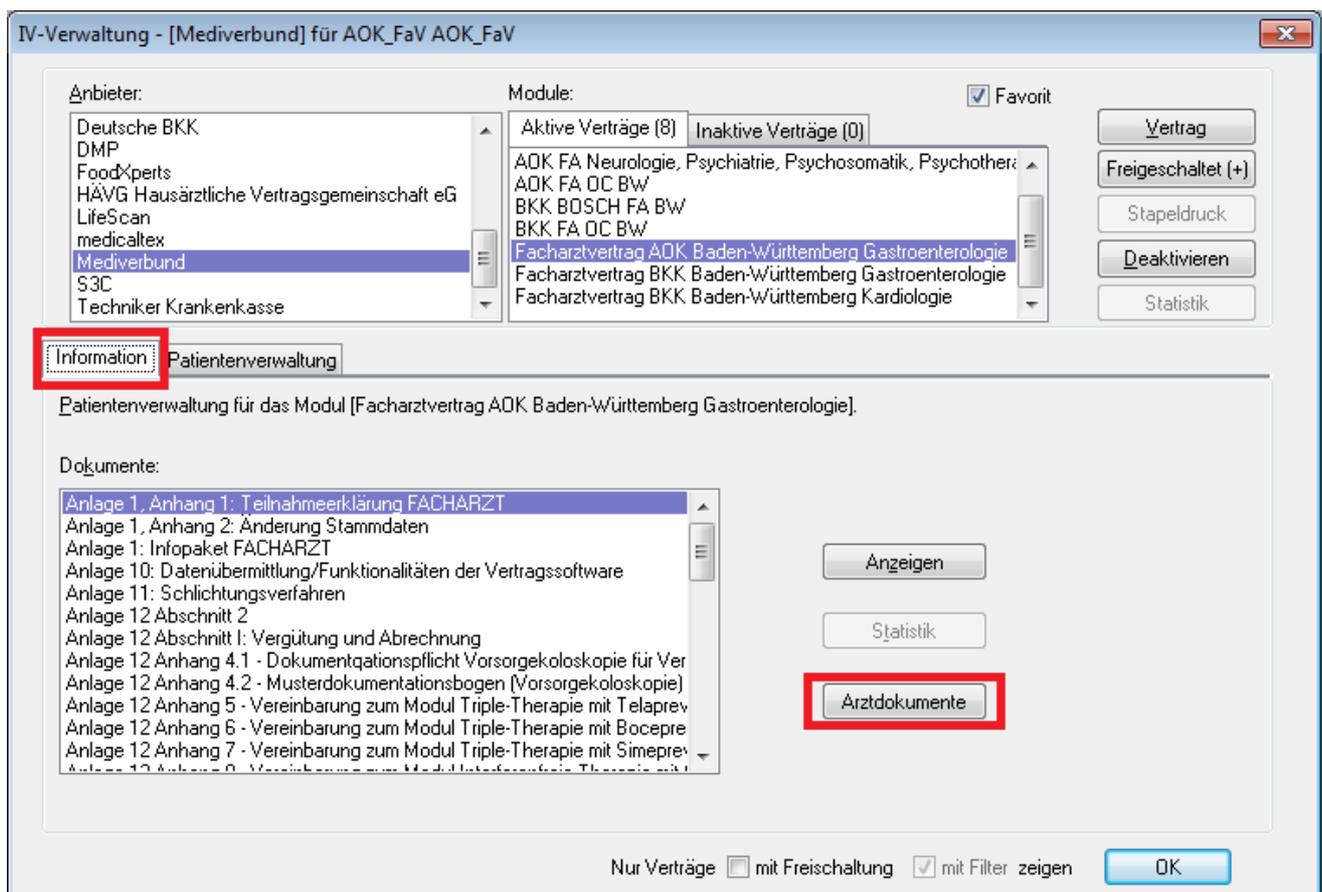
3.10.1 Anzeigen

Über diesen Druckknopf könnten Sie sich die auf der linken Seite markierten Dokumente anzeigen lassen.

4 Teilnahmeerklärungen ONLINE versenden

Ab dem dritten Quartal 2015 und der ALBIS Version 11.80 können entsprechend den HÄVG-Anforderungen die Patienten-Teilnahmeerklärungen Online an das Rechenzentrum der HÄVG übertragen werden.

Wählen Sie dazu den Menüpunkt **Abrechnung Integrierte Versorgung Verwaltung**. Wählen Sie dort den Anbieter **MEDIVERBUND** und das entsprechende Vertragsmodul.



IV-Verwaltung - [Mediverbund] für AOK_FaV AOK_FaV

Anbieter: Deutsche BKK, DMP, FoodXperts, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG, LifeScan, medicaltex, **Mediverbund**, S3C, Techniker Krankenkasse

Module: Aktive Verträge (8) Inaktive Verträge (0)
 AOK FA Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie
 AOK FA OC BW
 BKK BOSCH FA BW
 BKK FA OC BW
Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie
 Facharztvertrag BKK Baden-Württemberg Gastroenterologie
 Facharztvertrag BKK Baden-Württemberg Kardiologie

Information Patientenverwaltung

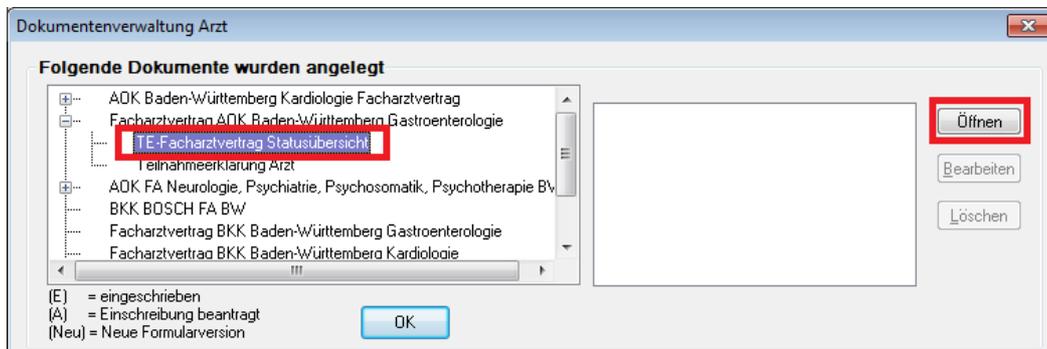
Patientenverwaltung für das Modul [Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie].

Dokumente:
 Anlage 1, Anhang 1: Teilnahmeerklärung FACHARZT
 Anlage 1, Anhang 2: Änderung Stammdaten
 Anlage 1: Infopaket FACHARZT
 Anlage 10: Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
 Anlage 11: Schlichtungsverfahren
 Anlage 12 Abschnitt 2
 Anlage 12 Abschnitt I: Vergütung und Abrechnung
 Anlage 12 Anhang 4.1 - Dokumentationspflicht Vorsorgekoloskopie für Ver
 Anlage 12 Anhang 4.2 - Musterdokumentationsbogen (Vorsorgekoloskopie)
 Anlage 12 Anhang 5 - Vereinbarung zum Modul Triple-Therapie mit Telaprev
 Anlage 12 Anhang 6 - Vereinbarung zum Modul Triple-Therapie mit Bocepre
 Anlage 12 Anhang 7 - Vereinbarung zum Modul Triple-Therapie mit Simepre
 Anlage 12 Anhang 8 - Vereinbarung zum Modul Triple-Therapie mit Simepre

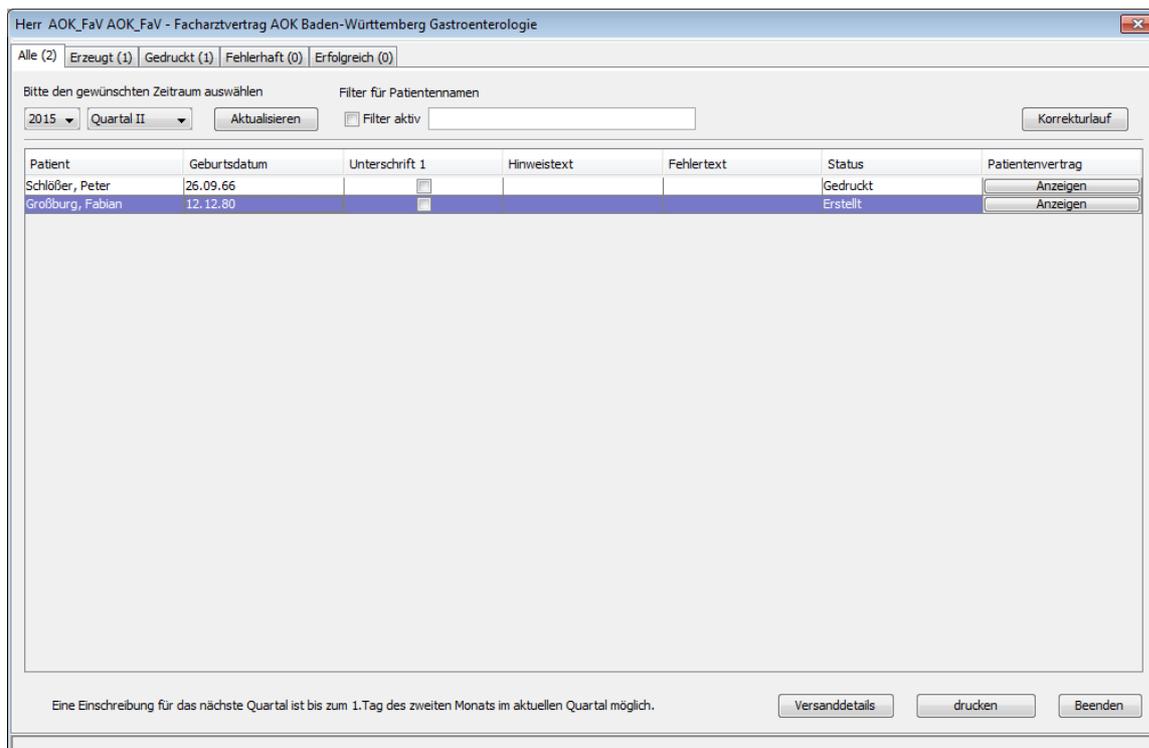
Anzeigen, Statistik, **Arztdokumente**, Statistik, Vertrag, Freigeschaltet (+), Stapeldruck, Deaktivieren, Statistik

Nur Verträge mit Freischaltung mit Filter zeigen OK

Über den Reiter **Information** rufen Sie anschließend über die Schaltfläche **Arztdokumente** die Dokumentenverwaltung auf.



Im Dialog der Dokumentenverwaltung markieren Sie den Eintrag TE Facharztvertrag Statusübersicht zu Ihrem jeweiligen Vertragsmodul und betätigen im Anschluss die Schaltfläche Öffnen.



In der Statusübersicht stehen Ihnen folgende Register zur Verfügung:

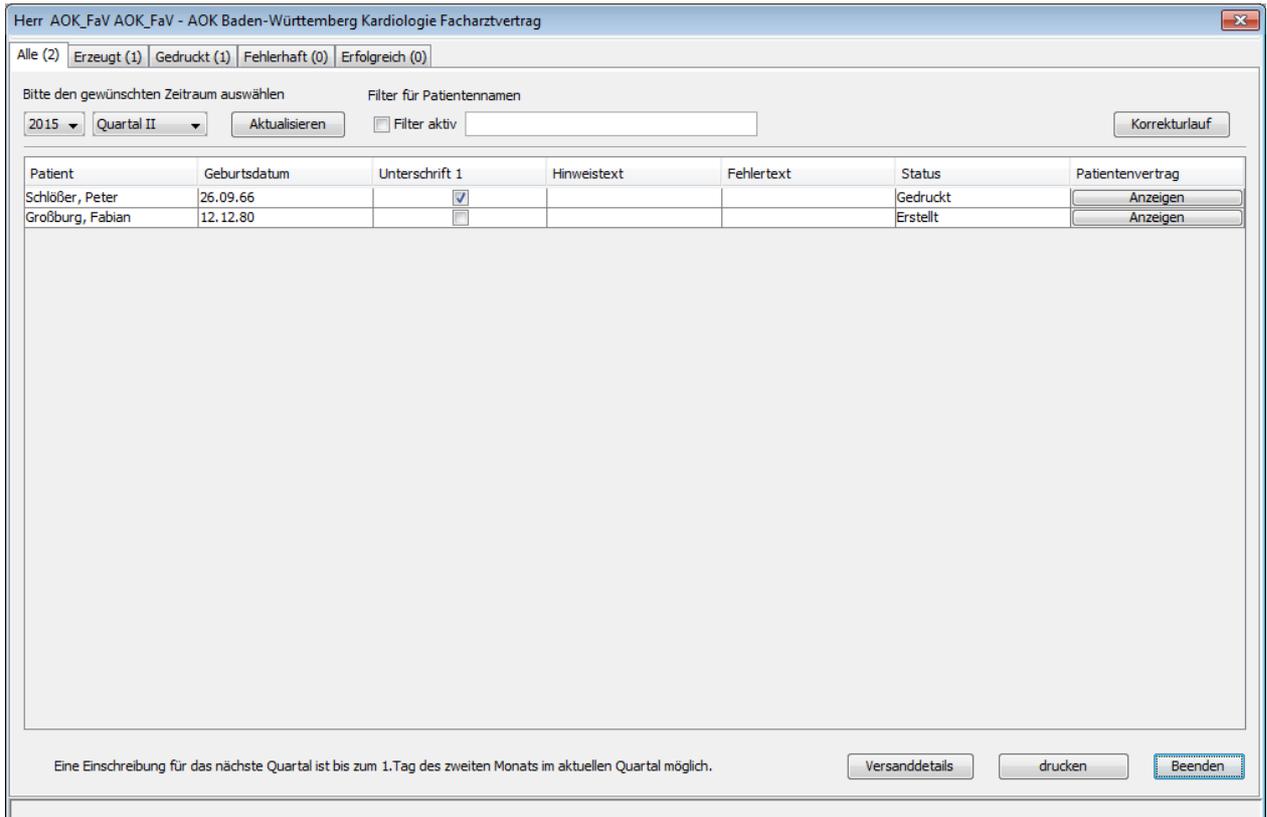
- Alle
- Erzeugt
- Gedruckt
- Fehlerhaft
- Erfolgreich

Im Folgenden schildern wir Ihnen die Funktionsweise und Bedeutung der einzelnen Register:

4.1 Alle

Dieses Register dient Ihnen als Übersicht.

Bitte wählen Sie auf dem Register Alle das entsprechende Jahr und das entsprechende Quartal aus. Betätigen Sie den Druckknopf Aktualisieren so wird Ihnen eine Übersicht aller Teilnahmeerklärungen aller Status angezeigt:



Herr AOK_FaV AOK_FaV - AOK Baden-Württemberg Kardiologie Facharztvertrag

Alle (2) | Erzeugt (1) | Gedruckt (1) | Fehlerhaft (0) | Erfolgreich (0)

Bitte den gewünschten Zeitraum auswählen: 2015 | Quartal II | Aktualisieren | Filter für Patientennamen: | Filter aktiv: | Korrekturlauf

Patient	Geburtsdatum	Unterschrift 1	Hinweistext	Fehlertext	Status	Patientenvertrag
Schlößer, Peter	26.09.66	<input checked="" type="checkbox"/>			Gedruckt	Anzeigen
Großburg, Fabian	12.12.80	<input type="checkbox"/>			Erstellt	Anzeigen

Eine Einschreibung für das nächste Quartal ist bis zum 1.Tag des zweiten Monats im aktuellen Quartal möglich.

Versanddetails | drucken | Beenden

Sie haben die Möglichkeit über den Druckknopf Anzeigen die Teilnahmeerklärung zu dem entsprechenden Patienten aufzurufen. Teilnahmeerklärungen mit dem Status Erzeugt können Sie hierüber drucken.

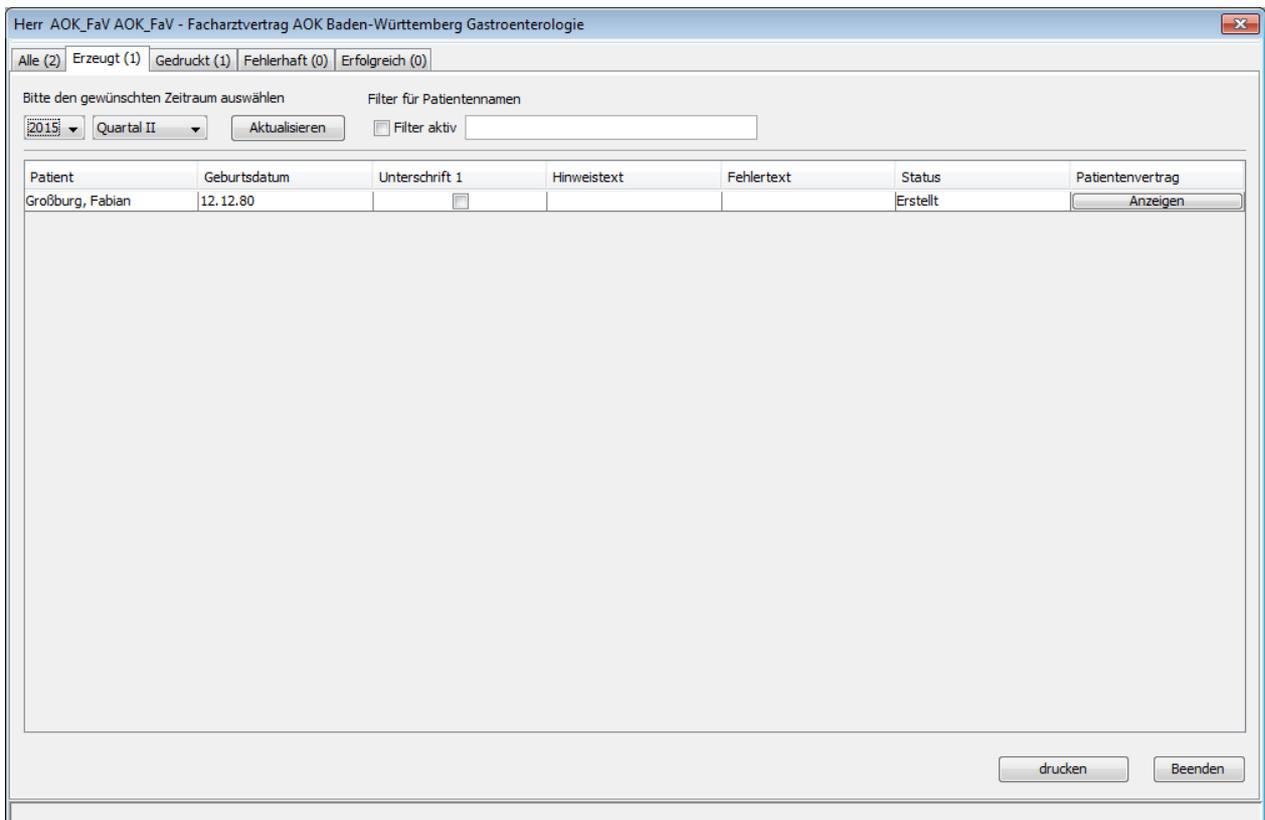
Sind in dem gewählten Quartal keine Teilnahmeerklärungen vorhanden, erscheint folgende Meldung:



4.2 Erzeugt

In diesem Register werden Ihnen alle Teilnahmeerklärungen mit dem Status Erstellt angezeigt. Der Status Erstellt bedeutet, dass Sie eine Teilnahmeerklärung ausgefüllt und gespeichert haben (also noch nicht gedruckt).

Bitte wählen Sie auf dem Register Erzeugt das entsprechende Jahr und das entsprechende Quartal aus. Betätigen Sie den Druckknopf Aktualisieren so wird Ihnen eine Übersicht aller Teilnahmeerklärungen mit dem Status Erzeugt angezeigt:



Herr AOK_FaV AOK_FaV - Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie

Alle (2) Erzeugt (1) Gedruckt (1) Fehlerhaft (0) Erfolgreich (0)

Bitte den gewünschten Zeitraum auswählen Filter für Patientennamen

2015 Quartal II Aktualisieren Filter aktiv

Patient	Geburtsdatum	Unterschrift 1	Hinweistext	Fehlertext	Status	Patientenvertrag
Großburg, Fabian	12.12.80	<input type="checkbox"/>			Erstellt	Anzeigen

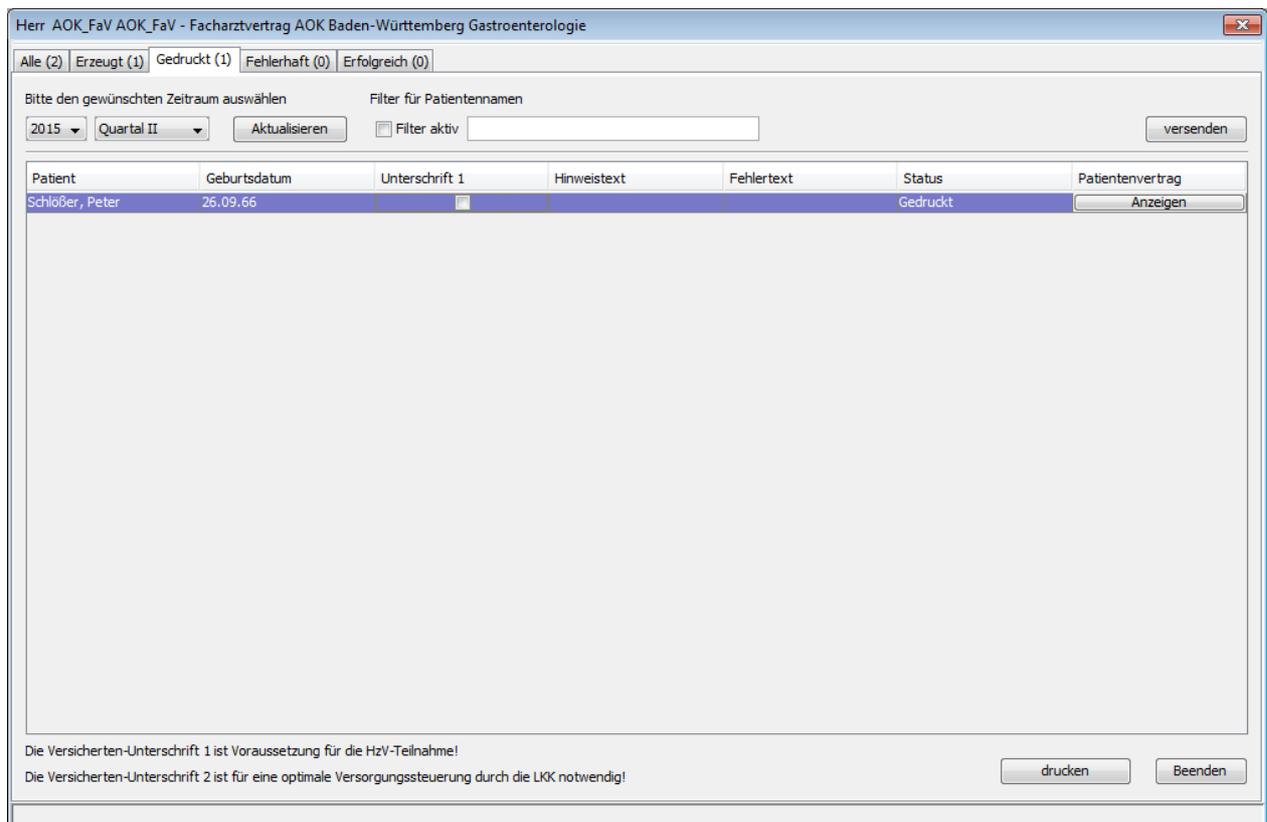
drucken Beenden

Sie haben die Möglichkeit über den Druckknopf Anzeigen die Teilnahmeerklärung zu dem entsprechenden Patienten aufzurufen und diese nun zu drucken. Es ist zwingend notwendig dass die Teilnahmeerklärungen gedruckt wurden um diese online versenden zu können. Betätigen Sie nach dem Drucken die Schaltfläche Aktualisieren.

4.3 Gedruckt (Teilnahmeerklärung ONLINE versenden)

In diesem Register werden Ihnen alle Teilnahmeerklärungen mit dem Status Gedruckt angezeigt. Der Status Gedruckt bedeutet, dass Sie eine Teilnahmeerklärung ausgefüllt und gedruckt haben.

Bitte wählen Sie auf dem Register Gedruckt das entsprechende Jahr und das entsprechende Quartal aus. Betätigen Sie den Druckknopf Aktualisieren so wird Ihnen eine Übersicht aller Teilnahmeerklärungen mit dem Status Gedruckt angezeigt:



Herr AOK_FaV AOK_FaV - Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie

Alle (2) Erzeugt (1) Gedruckt (1) Fehlerhaft (0) Erfolgreich (0)

Bitte den gewünschten Zeitraum auswählen Filter für Patientennamen

2015 Quartal II Aktualisieren Filter aktiv versenden

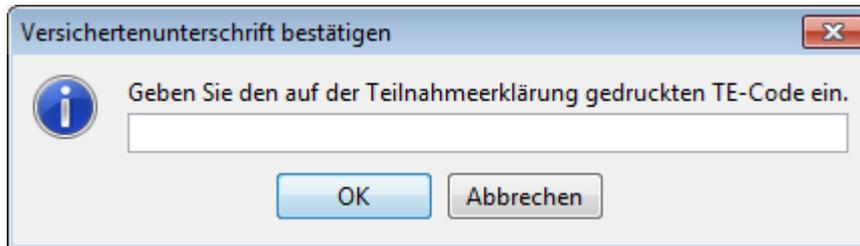
Patient	Geburtsdatum	Unterschrift 1	Hinweistext	Fehlertext	Status	Patientenvertrag
Schloßer, Peter	26.09.66	<input type="checkbox"/>			Gedruckt	Anzeigen

Die Versicherten-Unterschrift 1 ist Voraussetzung für die HzV-Teilnahme!
 Die Versicherten-Unterschrift 2 ist für eine optimale Versorgungssteuerung durch die LKK notwendig!

drucken Beenden

Damit Sie die Teilnahmeerklärung ONLINE versenden können, ist es notwendig, dass Sie bestätigen, dass der Patient die Unterschrift 1 geleistet hat. Dies ist die Mindestvoraussetzung, um die Teilnahmeerklärung ONLINE versenden zu können.

Bei setzen des Hakens zu Unterschrift 1 erscheint ein Eingabedialog der Sie auffordert einen TE-Code einzugeben:



Dieser TE-Code dient der Verifizierung des tatsächlich durchgeführten Ausdrucks der Teilnahmeerklärung.

Den TE-Code finden Sie auf der ausgedruckten Teilnahmeerklärung im unteren Bereich:

- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-Facharztprogramm und dem AOK-Hausarztprogramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug

- dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

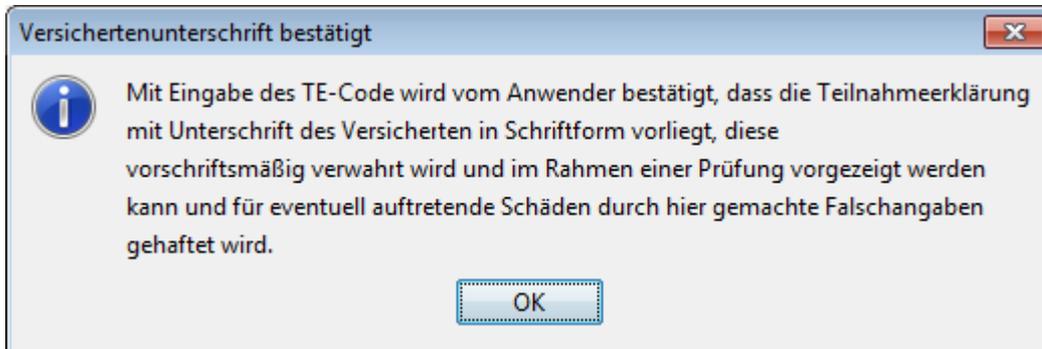
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	:
T	F	M	W	J	J	J	J	J	J		

<TE-Code:>
 4159

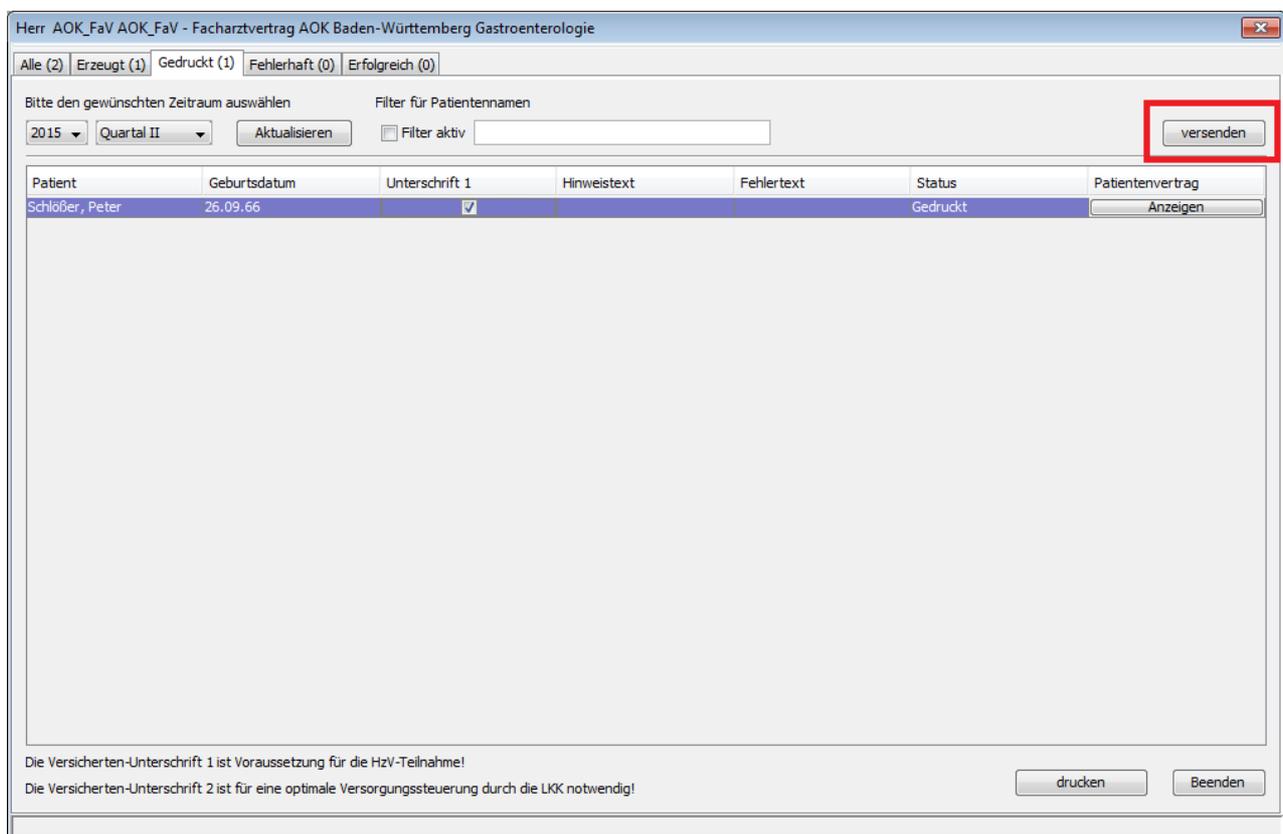
Dr. c. AOK_FaV AOK_FaV
Dr. Progenitz/Markus-Wilhelm-Facharzt
LEBZ: 99 9991 111
BSBZ: 63 6323 411
Post: Dr. Trost
50607 Köln

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes



Wurde der korrekte TE-Code eingetragen, erhalten Sie anschließend diese Hinweismeldung.

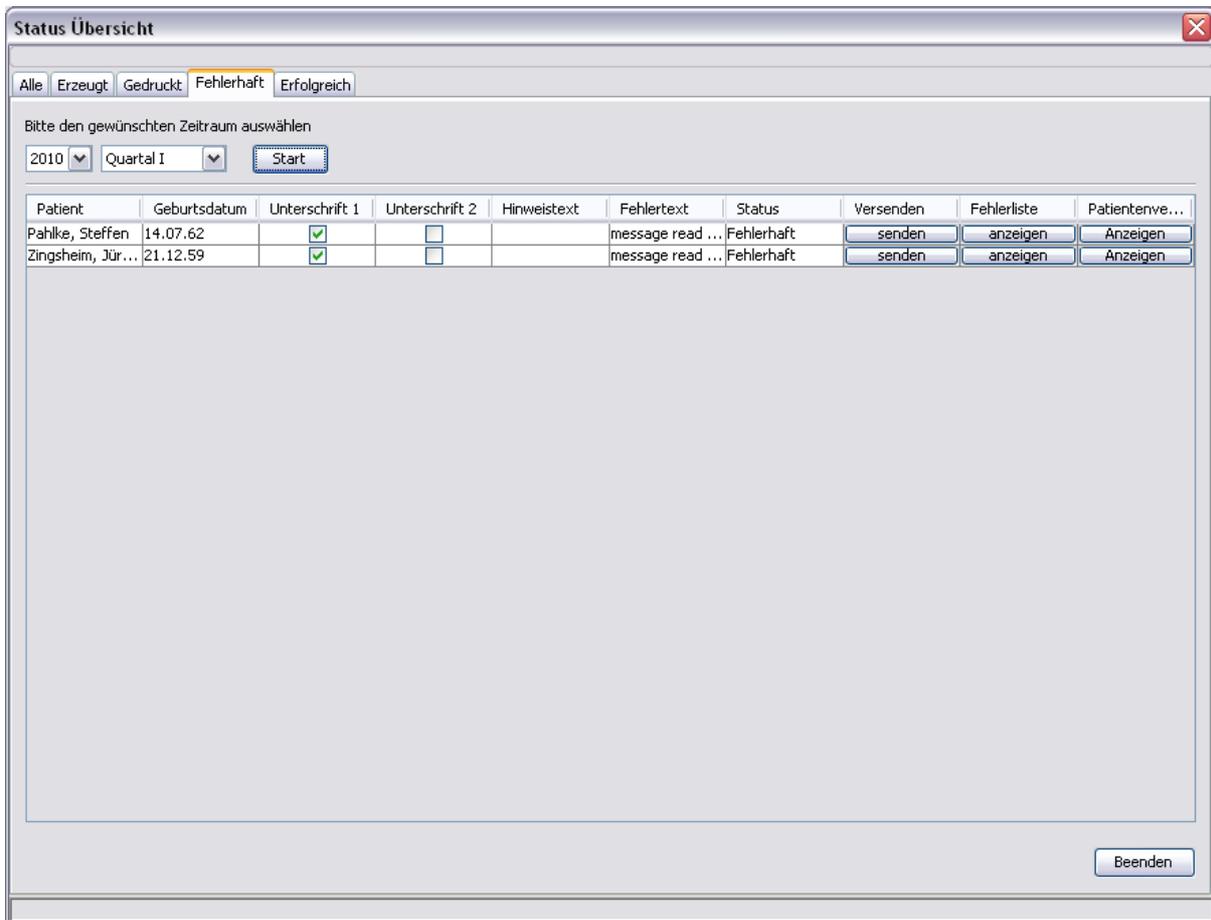


Betätigen Sie nun die Schaltfläche **versenden** um die Teilnahmeerklärungen an das Rechenzentrum der HÄVG zu senden. Um zu überprüfen ob die Teilnahmeerklärung erfolgreich versendet wurde, betätigen Sie anschließend die Schaltfläche **Aktualisieren**.

4.4 Fehlerhaft

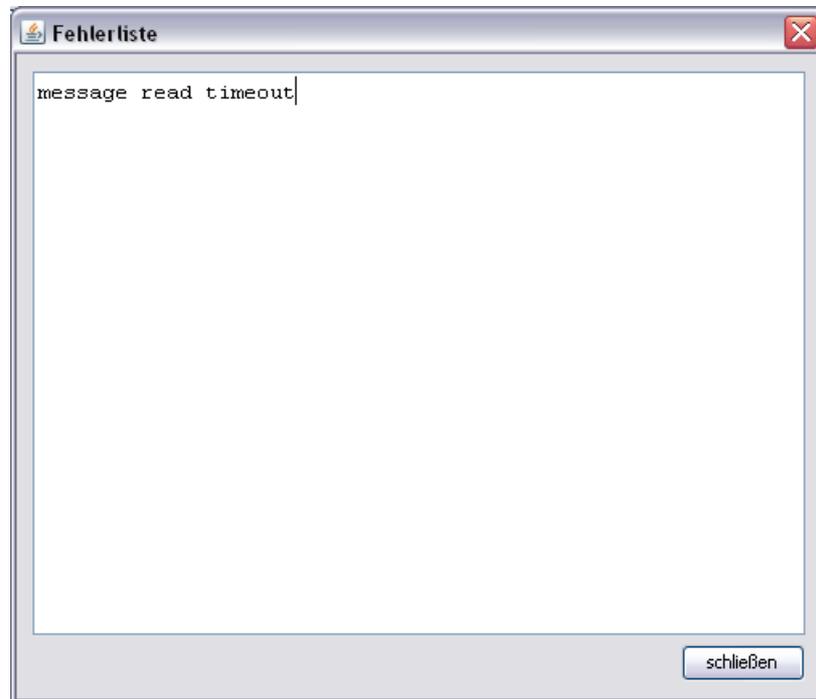
In diesem Register werden Ihnen alle Teilnahmeerklärungen mit dem Status Fehlerhaft angezeigt. Der Status Fehlerhaft bedeutet, dass Sie eine Teilnahmeerklärung ausgefüllt, gedruckt und auch online versendet haben. Allerdings sind Fehler aufgetreten.

Bitte wählen Sie auf dem Register Fehlerhaft das entsprechende Jahr und das entsprechende Quartal aus. Betätigen Sie den Druckknopf Aktualisieren so wird Ihnen eine Übersicht aller Teilnahmeerklärungen mit dem Status Fehlerhaft angezeigt:



Patient	Geburtsdatum	Unterschrift 1	Unterschrift 2	Hinweistext	Fehlertext	Status	Versenden	Fehlerliste	Patienterve...
Pahlke, Steffen	14.07.62	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		message read ...	Fehlerhaft	senden	anzeigen	Anzeigen
Zingsheim, Jür...	21.12.59	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		message read ...	Fehlerhaft	senden	anzeigen	Anzeigen

In der Spalte Fehlerliste können Sie sich über den Druckknopf anzeigen die Fehlermeldung im Ganzen anzeigen lassen:



Als Fehler können beispielsweise Formatfehler, Verbindungsfehler zum HÄVG-Prüfmodul oder Rechenzentrum o.ä. die Ursache sein das eine Teilnahmeerklärung nicht versendet werden konnte.

Über den Druckknopf senden in der Spalte Versenden im Dialog Statusübersicht haben Sie die Möglichkeit, die Teilnahmeerklärung erneut zu versenden.

Über den Druckknopf anzeigen in der Spalte Patientenvertrag im Dialog Statusübersicht haben Sie die Möglichkeit, sich die Teilnahmeerklärung anzeigen zu lassen.

4.5 Erfolgreich

In diesem Register werden Ihnen alle Teilnahmeerklärungen mit dem Status Erfolgreich angezeigt. Der Status Erfolgreich bedeutet, dass Sie eine Teilnahmeerklärung ausgefüllt, gedruckt, online versendet haben und die Rückmeldung des HÄVG Rechenzentrums in Ordnung ist.

Bitte wählen Sie auf dem Register Erfolgreich das entsprechende Jahr und das entsprechende Quartal aus. Betätigen Sie den Druckknopf Start so wird Ihnen eine Übersicht aller Teilnahmeerklärungen mit dem Status Erfolgreich angezeigt:

Herr AOK_FaV AOK_FaV - Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie

Alle (2) | Erzeugt (1) | Gedruckt (1) | Fehlerhaft (0) | Erfolgreich (1)

Bitte den gewünschten Zeitraum auswählen Filter für Patientennamen

2015 Quartal II Aktualisieren Filter aktiv

Patient	Geburtsdatum	Unterschrift 1	Hinweistext	Fehlertext	Status	Patientenvertrag
Schloßer, Peter	26.09.66	<input checked="" type="checkbox"/>			Gedruckt	Anzeigen

drucken Beenden

Über den Druckknopf Anzeigen in der Spalte Patientenvertrag im Dialog Statusübersicht haben Sie die Möglichkeit, sich die Teilnahmeerklärung anzeigen zu lassen.

4.6 Schneller Aufruf der Statusübersicht

Sie haben die Möglichkeit, die folgende Funktionsleiste einzublenden um einen schnelleren Zugriff auf die Statusübersicht zu erlangen.



Um diese Funktionsleiste einzublenden, gehen Sie bitte wie folgt vor: Gehen Sie über das ALBIS Menü auf Ansicht Funktionsleiste und markieren Sie den Eintrag Integrierte Versorgung:

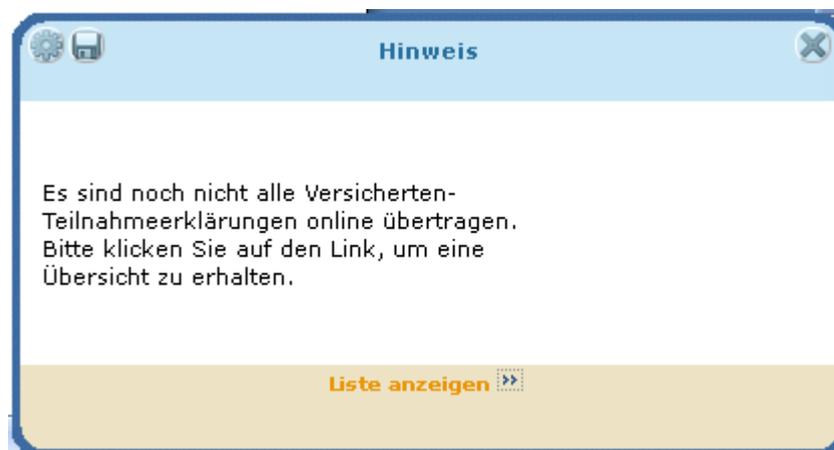


Sobald der Haken gesetzt ist, ist die Funktionsleiste eingeblendet und lässt sich wie folgt nutzen:

Klicken Sie auf die Auswahlliste Versandstatus prüfen und wählen Sie Ihr Vertragsmodul aus, so öffnet sich anschließend der Arztwahldialog. Markieren Sie den entsprechenden Erfasser und bestätigen Sie den Dialog mit OK. Es wird direkt der Dialog Statusübersicht geöffnet.

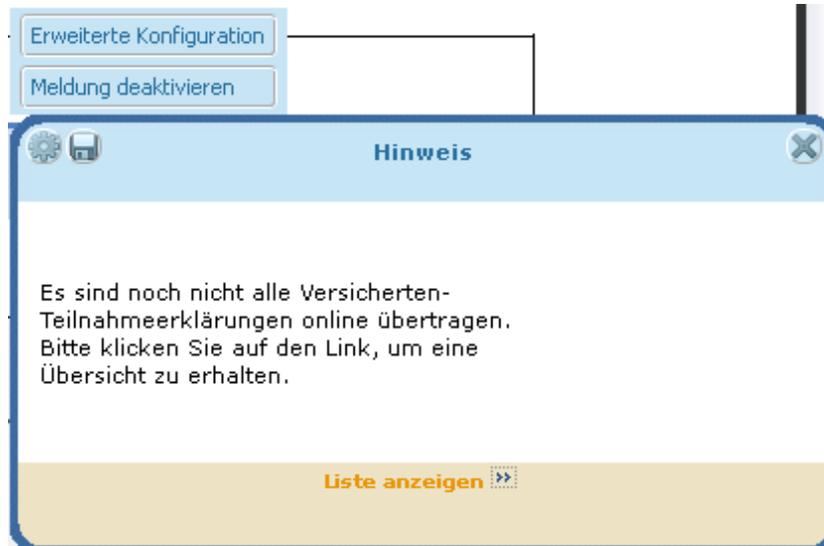
4.7 Hinweismeldung beim Starten von ALBIS

Beim Starten von ALBIS wird überprüft, ob noch Teilnahmeerklärungen die den Status Erzeugt, Gedruckt oder Fehlerhaft haben. Ist dies der Fall, so erscheint folgende Meldung:



Über den Link Liste anzeigen gelangen Sie in die Statusübersicht, in der Sie dann die entsprechende Maßnahme vornehmen können (Teilnahmeerklärungen ONLINE versenden)).

Über den Druckknopf  in dem linken Bereich der Hinweismeldung haben Sie die Möglichkeit diese Meldungen zu deaktivieren, oder in die Erweiterte Konfiguration zu gelangen:



5 Leistungskatalog

Damit Ihnen die aktuellen Ziffern des Leistungskatalogs des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Verfügung steht, ist es notwendig, den Leistungskatalog zu aktualisieren.

Um den Leistungskatalog zu aktualisieren, gehen Sie bitte in ALBIS über den Menüpunkt Stammdaten Direktabrechnung Hausarztzentrierte Versorgung Aktualisieren. Mit Betätigen des Druckknopfes Ja und weiterem Befolgen der Bildschirmanweisungen wird Ihr Leistungskatalog des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung automatisch aktualisiert.

Wichtiger Hinweis:

! Bitte beachten Sie, dass die Aktualisierung einige Zeit in Anspruch nehmen kann !

Wir empfehlen Ihnen, die Aktualisierung möglichst am Ende der Sprechstunde und an Ihrem Hauptrechner durchzuführen!

Bitte führen Sie anschließend eine Scheindatenaktualisierung durch. Gehen Sie hierzu in ALBIS über den Menüpunkt Direktabrechnung Hausarztzentrierte Versorgung Scheindaten aktualisieren. Wählen Sie im folgenden Dialog das Quartal, für welches Sie die Scheindaten aktualisieren möchten und bestätigen Sie den Dialog mit OK.

5.1 Aufruf über das ALBIS Menü

In ALBIS können Sie den Leistungskatalog, wie Sie es auch vom EBM gewohnt sind, über das Menü aufrufen. Gehen Sie hierzu bitte über Stammdaten Direktabrechnung Hausarztzentrierte Versorgung Gebührenordnung. Der Leistungskatalog enthält alle Leistungen, die im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg abgerechnet werden dürfen.

5.2 Synonyme für HzV Leistungen

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit bei HzV Ziffern Synonyme einzutragen. Öffnen Sie hierzu den Direktabrechnungsstamm, markieren Sie eine Leistung und betätigen Sie den Druckknopf Details. Betätigen Sie anschließend den Druckknopf Ändern und tragen Sie in das Feld Synonymtext das entsprechende Synonym ein. Ab diesem Zeitpunkt können Sie anstatt der Leistung dann das Synonym eingeben.

5.3 Farben für HzV Leistungen

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit bei HzV Ziffern Farben zu hinterlegen, in der die Leistung dann auf der Scheinrückseite angezeigt wird. Öffnen Sie hierzu den Direktabrechnungsstamm, markieren Sie eine Leistung und betätigen Sie den Druckknopf Details. Betätigen Sie anschließend den Druckknopf Ändern und wählen Sie über die Auswahlliste Farbe die von Ihnen gewünschte Farbe für die Leistung. Betätigen Sie anschließend den Druckknopf übernehmen, um Ihre Einstellung zu speichern und verlassen Sie den Dialog mit OK.

6 Prüfung auf Kassenwechsel eines Patienten

Ab dieser Version muss laut Pflichtfunktion der HÄVG ein Hinweis angezeigt werden, wenn der aktuell aufgerufene Patient bei Ihnen eingeschrieben ist, einen Kassenwechsel hinter sich hat und diese neue Kasse ebenfalls einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung anbietet. Ist dies der Fall, ist eine Neueinschreibung des Patienten notwendig, worauf Sie durch folgende Meldung hingewiesen werden:



7 Scheinanlage (HZV Schein) – neuer Scheintyp

Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung macht es notwendig, die Abrechnung der Leistungen in Bezug auf den Vertrag von der KV Abrechnung zu trennen. Um dies zu ermöglichen, haben wir in ALBIS einen neuen Scheintyp eingeführt: Direktabrechnung.

Legen Sie für einen Patienten, der an dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg teilnimmt, einen Schein an (oder der Schein wird durch die Einstellung automatisch angelegt), so sieht ein solcher Schein ab sofort wie folgt aus:

Die rote Markierung zeigt die Neuerung: Durch den Schalter *Direktabrechnung* ist dieser Schein als Abrechnungsschein für die Hausarztzentrierte Versorgung gekennzeichnet. Das bedeutet, dass alle Ziffern, die auf diesem Schein abgerechnet werden, **nicht** in die KV Abrechnung gelangen.

Ab sofort ist es notwendig den Behandlungsfall als *kurativ/präventiv* zu kennzeichnen. Dazu haben Sie nun die Möglichkeit, bei der Anlage eines HzV Direktabrechnungsschein diesen entsprechenden als *kurativ/präventiv* zu kennzeichnen (s. rote Markierung).

Standardmäßig ist der Direktabrechnungsschein immer als *kurativ* markiert, wenn der Behandlungsfall *präventiv* ist, muss der Direktabrechnungsschein entsprechend gekennzeichnet werden (rote Markierung in der Abbildung).

Ist der Behandlungsfall *präventiv*, wird in der Abrechnung automatisch die Ziffer 80092 (Präventiver Behandlungsfall) übernommen.

8 Online Teilnahmeprüfung

Ihnen folgende Möglichkeiten der Online Teilnahmeprüfung von Patienten zur Verfügung:

- Online Teilnahmeprüfung bei aufgerufenem Patient
- Online Teilnahmeprüfung bei der Anlage eines KV-Scheins
- Online Teilnahmeprüfung beim Einlesen der Versichertenkarte

8.1 Online Teilnahmeprüfung bei aufgerufenem Patient

Damit Sie die Online Teilnahmeprüfung bei einem aufgerufenen Patienten nutzen können, ist es notwendig, dass Sie sich das entsprechende Symbol in der Funktionsleiste einblenden. Bitte gehen Sie hierzu wie folgt vor:

Betätigen Sie in ALBIS den Menüpunkt Ansicht Funktionsleiste Anpassen Patient. Es öffnet sich der folgende Dialog:



Bitte wählen Sie im linken Bereich Verfügbare Schaltflächen die Schaltfläche HZV-Teilnahmestatus prüfen aus und betätigen anschließend den Druckknopf Hinzufügen. Die Schaltfläche wird somit in den Bereich **Aktuelle Schaltflächen** übernommen. Sobald Sie diesen Dialog über den Druckknopf Schließen verlassen, ist Ihre Einstellung gespeichert.

Ab diesem Zeitpunkt steht Ihnen die Schaltfläche bei geöffneten Patienten in der Funktionsleiste Patient zur Verfügung (s. rote Markierung):



Sobald die Schaltfläche gelb hinterlegt ist, lässt sich die Online Teilnahmeprüfung durchführen.

Die gelbe Farbe bedeutet, dass die OnlineTeilnahmeprüfung noch nicht durchgeführt wurde, oder aber, dass die OnlineTeilnahmeprüfung zum letzten Zeitpunkt technisch nicht möglich war. Sobald Sie die OnlineTeilnahmeprüfung für diesen Patienten durchgeführt haben, und das Ergebnis ist, dass der Patient für diesen Vertrag geeignet ist, dann färbt sich das Symbol grün: . Sobald Sie die OnlineTeilnahmeprüfung für diesen Patienten durchgeführt haben, und das Ergebnis ist, dass der Patient für diesen Vertrag nicht geeignet ist, dann färbt sich das Symbol rot: 

Hier werden folgende Verträge geprüft:

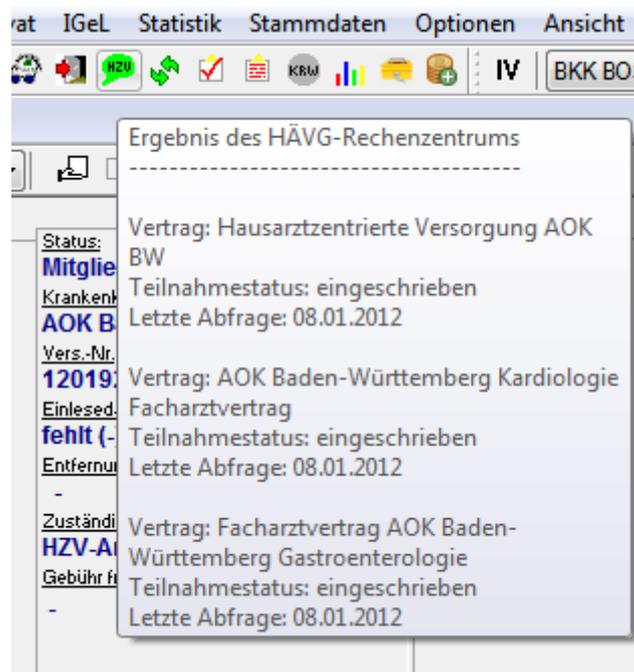
- Hausarztzentrierte Versorgung AOK Baden-Württemberg
- Facharztebene AOK BaWü

und mit folgendem Ergebnis, wenn der Patient z.B. an allen drei Verträgen teilnimmt:



Hinweis:

Im Tooltipp wird das bisherige Ergebnis der Onlineteilnahmeprüfung angezeigt:



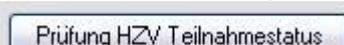
Wichtiger Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass die Online Teilnahmeprüfung ausschließlich bei geeigneten und noch nicht eingeschriebenen Patienten aktiv ist und verwendet werden kann.

8.2 Online Teilnahmeprüfung bei der Anlage eines KV-Scheins

Ebenfalls steht Ihnen die Funktion der Online Teilnahmeprüfung ab sofort auch bei der Anlage eines KV-Scheines bei HzV BaWü geeigneten Patienten zur Verfügung. Legen Sie für einen HzV BaWü geeigneten Patienten einen KV-Schein an, so steht Ihnen auf dem Schein der Druckknopf Prüfung

HzV Teilnahmestatus zur Verfügung:  Betätigen Sie, bei einem für den

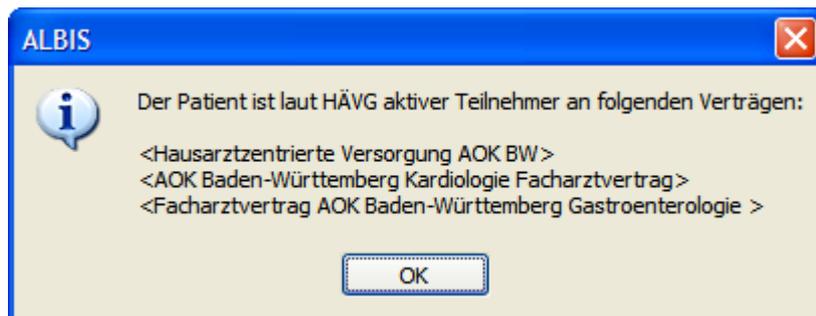
HzV Vertrag geeigneten Patienten, den Druckknopf  auf einem KV Schein mit der Rückmeldung: „Patient aktiver Teilnehmer“ erscheint nun folgende Meldung:



Hier werden folgende Verträge geprüft:

- Hausarztzentrierte Versorgung AOK Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg Kardiologie Facharztvertrag
- Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie

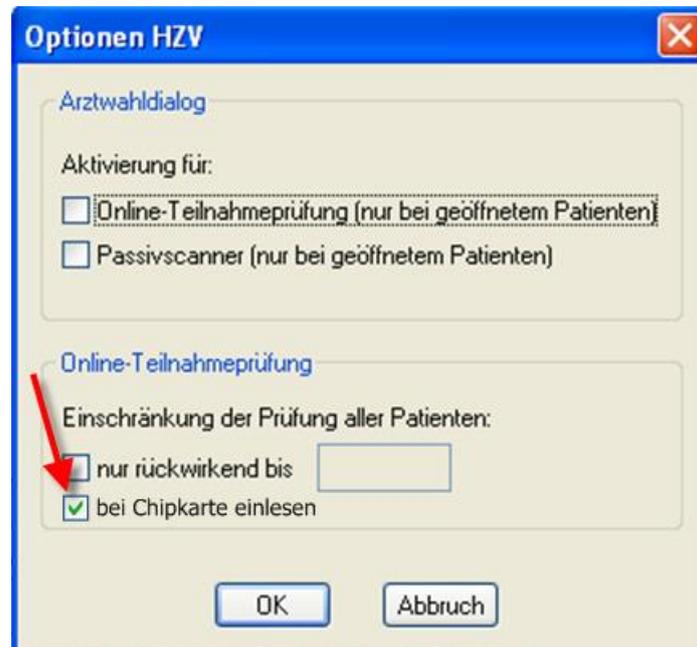
und mit folgendem Ergebnis, wenn der Patient z.B. an allen drei Verträgen teilnimmt:



8.3 Onlineteilnahmeprüfung beim Einlesen der Versichertenkarte

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit, dass automatisch beim Einlesen der Versichertenkarte die Onlineteilnahmeprüfung stattfindet.

Diese Funktionalität ist mit dem Einspielen des Updates nicht aktiviert. Sie haben allerdings die Möglichkeit, diese Funktionalität zu aktivieren. Setzen Sie hierzu bitte unter Optionen HZV im Bereich **Online-Teilnahmeprüfung** den Haken bei dem Schalter bei Chipkarte einlesen.



9 Leistungserfassung

Die Leistungserfassung haben wir in ALBIS für Sie so implementiert, dass sie analog der Leistungserfassung bei der KV-Abrechnung funktioniert. Somit funktioniert die Leistungseingabe, die wir Ihnen im Folgenden noch einmal kurz erläutern, wie gewohnt.

9.1 Leistungserfassung in der Karteikarte

Damit Sie die Leistungserfassung von der KV Abrechnung auf den ersten Blick unterscheiden können, haben wir für die Leistungserfassung für den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg folgende, neue Karteikartenkürzel eingeführt:

lkdo Leistung: Direktabrechnung Originalschein
lkdü Leistung: Direktabrechnung Überweisung
lkdn Leistung: Direktabrechnung Notfall

9.2 Leistungserfassung auf der Scheinrückseite

Auf der Scheinrückseite steht Ihnen der Leistungskatalog, wie gewohnt, über die Funktionstaste F5 zur Verfügung. Ebenfalls können Sie hier, wie gewohnt, auch direkt, ohne Aufruf des Leistungskataloges, Leistungen eingeben.

9.3 Leistungsketten

Sie haben die Möglichkeit Leistungsketten auch für HzV Leistungen zu verwenden. In dem Leistungskettendialog, den Sie über das Menü Stammdaten Leistungsketten erreichen, finden Sie ab sofort den Bereich **GO-Stamm, Direktabrechnung** (s. rote Markierung):

Wählen Sie hier über die Auswahlliste den entsprechenden Vertrag aus, für den Sie die Leistungskette verwenden möchten und tragen Sie die entsprechenden Leistungen ein.

Hinweis:

Über die gewohnte Funktionstaste F5 GO-Stamm steht Ihnen der entsprechende Direktabrechnungstamm für den ausgewählten Vertrag zur Verfügung.

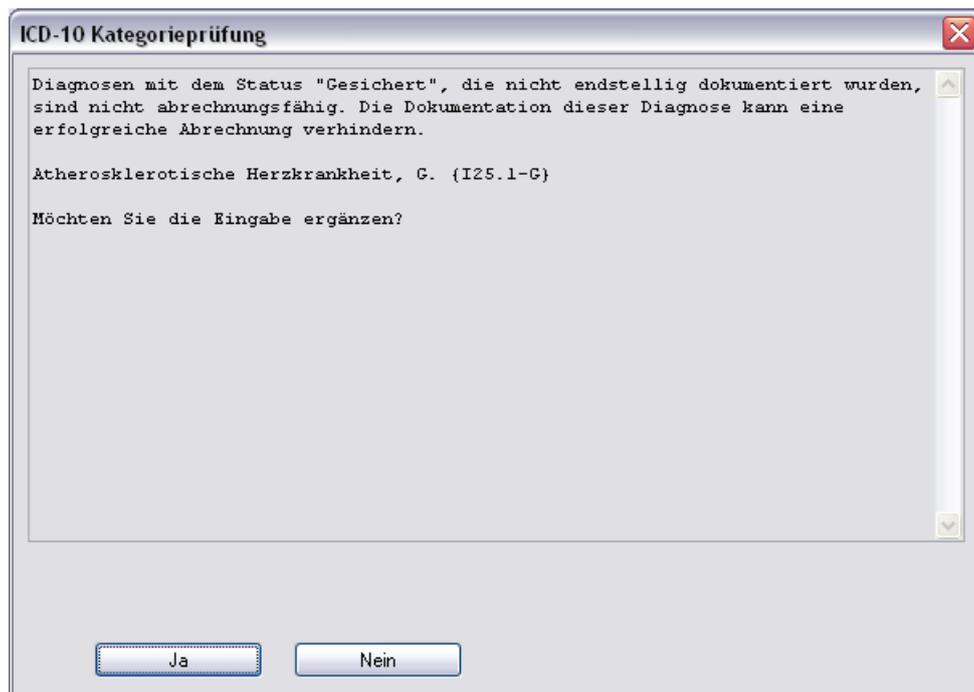
9.4 HzV Leistungen auch in der ToDo-Liste nutzbar

Ab sofort stehen Ihnen in den ToDo-Listen auch die HzV Leistungen zur Auswahl und Benutzung zur Verfügung. Sie finden diese in dem ToDo-Listen Dialog, den Sie über Stammdaten ToDo-Liste erreichen, und dort im Bereich **Vordefinierte Aktionen** unter Leistungen DA Notfall
Leistungen DA Original.
Leistungen DA Überw.

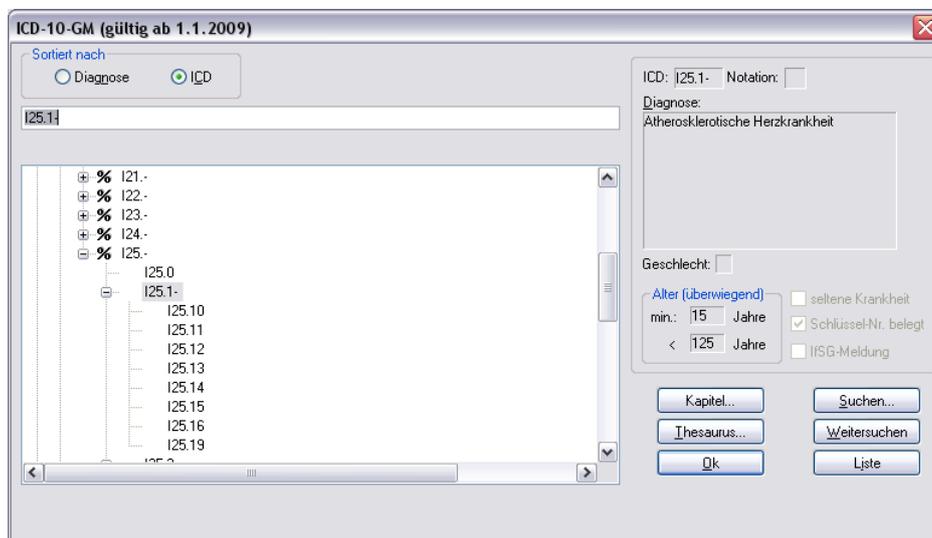
10 Diagnosenerfassung

10.1 Endstellige Diagnosen

Diagnosen mit dem Status „Gesichert“, müssen endstellig dokumentiert werden, damit Sie abgerechnet werden können. Daher erscheint beim Abrechnen einer gesicherten, nicht endstelligem Diagnose auf einem Direktabrechnungsschein folgender Hinweis:

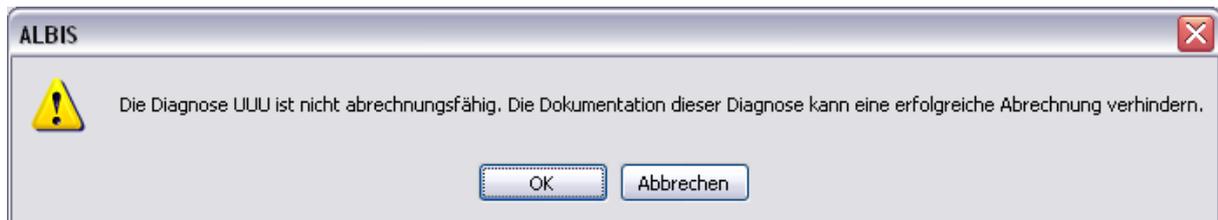


Bestätigen Sie den Dialog mit Nein, so wird die Diagnose mit einem vorangestelltem Prozentzeichen (Notationskennzeichen) trotzdem dokumentiert, gelangt allerdings nicht in die Abrechnung. Bestätigen Sie den Dialog mit Ja, so öffnet sich der ICD Stamm und Sie können einen 5-stelligen ICD Schlüssel auswählen:



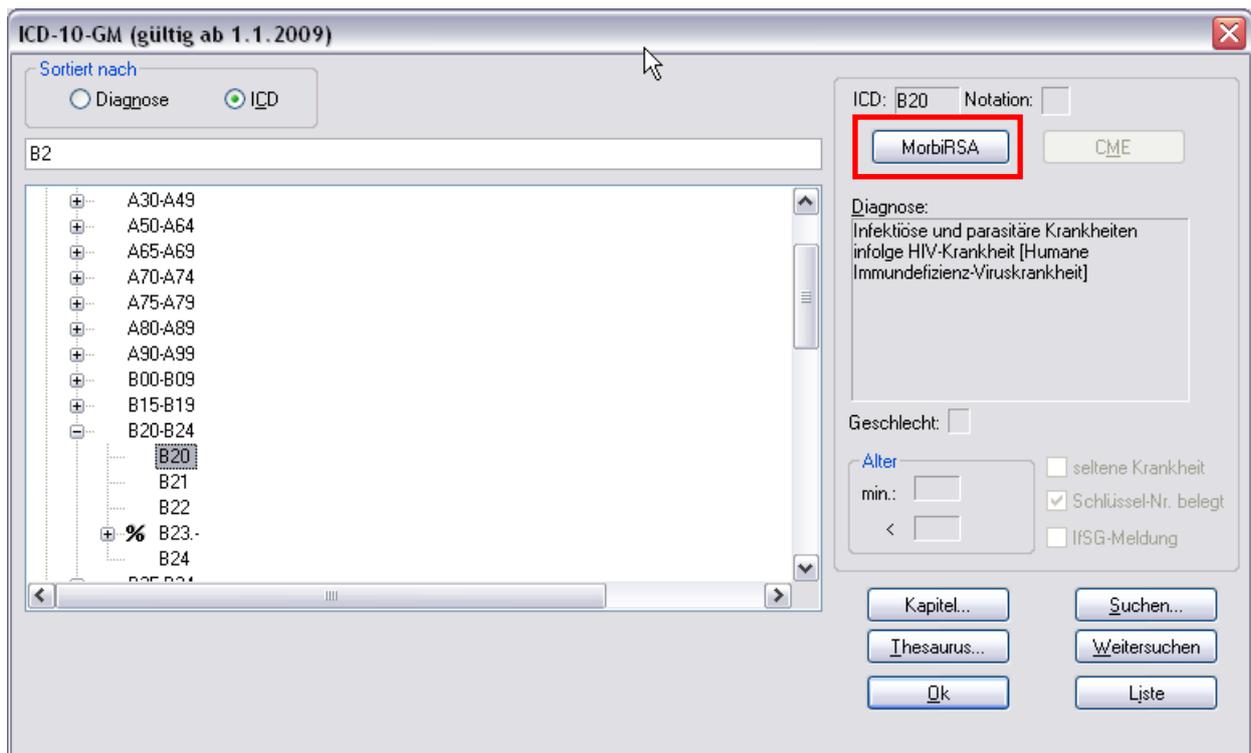
10.2 Vermeidung UUU Diagnosen

Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg dürfen keine UUU Diagnosen mehr verordnet werden. Die Dokumentation der Diagnose ist allerdings erlaubt. Sobald Sie eine UUU Diagnose erfassen möchten, erscheint folgender Dialog:

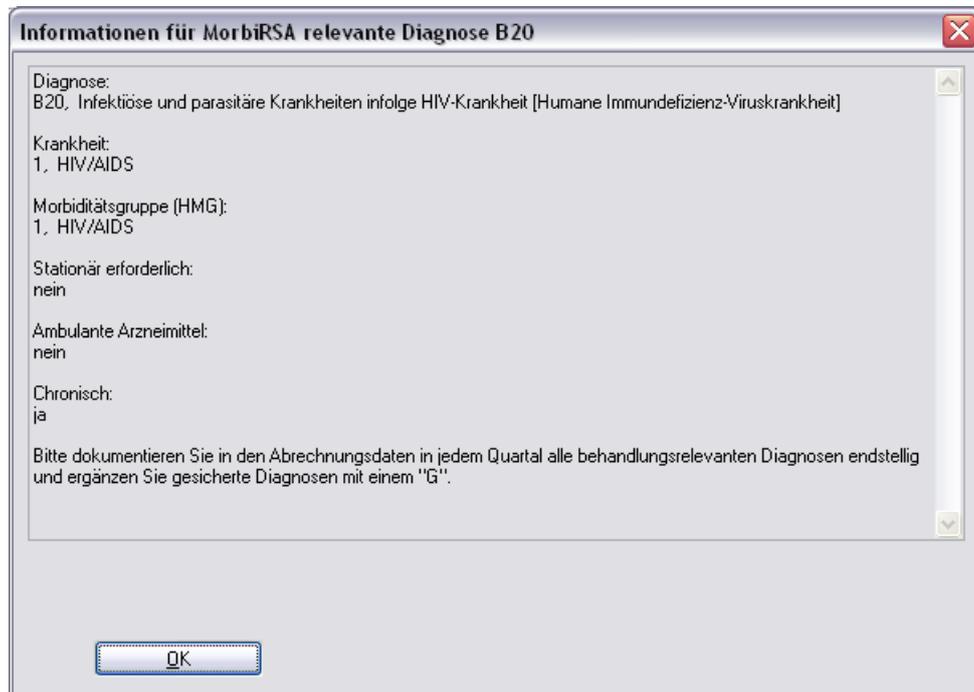


10.3 MorbiRSA

Ab sofort sind für Sie im ICD Stamm bei HZV Patienten MorbiRSA relevanten Diagnosen gekennzeichnet. Sobald Sie im ICD Stamm eine MorbiRSA relevante Diagnose gewählt haben, wird der Druckknopf MorbiRSA aktiv (s. rote Umrandung):



Klicken Sie auf den Druckknopf MorbiRSA, um weitere Informationen zu erhalten:



10.4 Überprüfung M2Q Kriterium

In der Fehlerliste oder auch in der Versandliste kann unter Umständen folgender Text stehen:

Bei folgenden Patienten wurde in einem Vorquartal der ICD-Code einer chronischen Erkrankung mit dem Zusatz "G" für gesichert dokumentiert, im Abrechnungsquartal wurde dagegen weder dieser ICD-Code noch ein ICDCode derselben Krankheit dokumentiert. Bitte überprüfen Sie die Vollständigkeit der Diagnosendokumentation für diese Patienten, damit alle vorliegenden und behandlungsrelevanten Diagnosen in jedem Quartal mit den Abrechnungsdaten übermittelt werden.

Test, 07025 (46),1940-05-15

Dies ist die M2Q Überprüfung, welche anhand folgender Kriterien stattfindet (jede Bedingung muss für einen Patienten zutreffen, damit er aufgelistet wird):

1. Im abzurechnenden Quartal hat ein Behandlungskontakt Arzt-Patienten-Kontakt (0002 oder 0000) stattgefunden.
2. Im abzurechnenden Quartal ist eine gesicherte chronische Diagnose vergeben worden.
3. In Vorquartalen (nur das Kalenderjahr (hier: 2009)) hat ein Behandlungskontakt Arzt-Patienten-Kontakt (0002 oder 0000) stattgefunden.
4. In den Vorquartalen (wie unter 3) wurde mind. eine gesicherte chronische Diagnose vergeben.
5. Die gesicherte chronische Diagnose aus dem Vorquartal ist nicht aus der gleichen Krankheitsgruppe wie die die gesicherte chronische Diagnose aus dem abzurechnenden Quartal.

10.5 Kodierhilfen

Die folgend aufgelisteten Funktionen sind nach Einspielen des Updates automatisch aktiv. In dem Kapitel Deaktivieren der Kodierhilfen finden Sie eine Beschreibung, wie Sie diese Funktionalitäten dauerhaft deaktivieren und auch wieder aktivieren können.

10.5.1 Hinweis zu .9-Diagnosen

Dokumentieren Sie eine der folgenden .9-Diagnosen:

- E10.9-, E10.90, E10.91
- E11.9-, E11.90, E11.91
- E12.9-, E12.90, E12.91
- E13.9-, E13.90, E13.91
- E14.9-, E14.90, E14.91

so erscheint folgende Hinweismeldung:

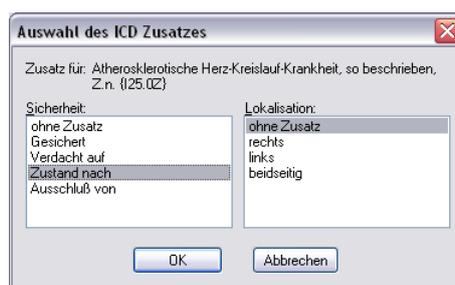


10.5.1 Hinweis bei der Dokumentation von "Zustand nach"-Diagnosen

Dokumentieren Sie eine endstellige Diagnose bestimmte, von der HÄVG vorgegebene Diagnose mit dem Vermerk "Z" für "Zustand nach", erscheint folgende Hinweismeldung:

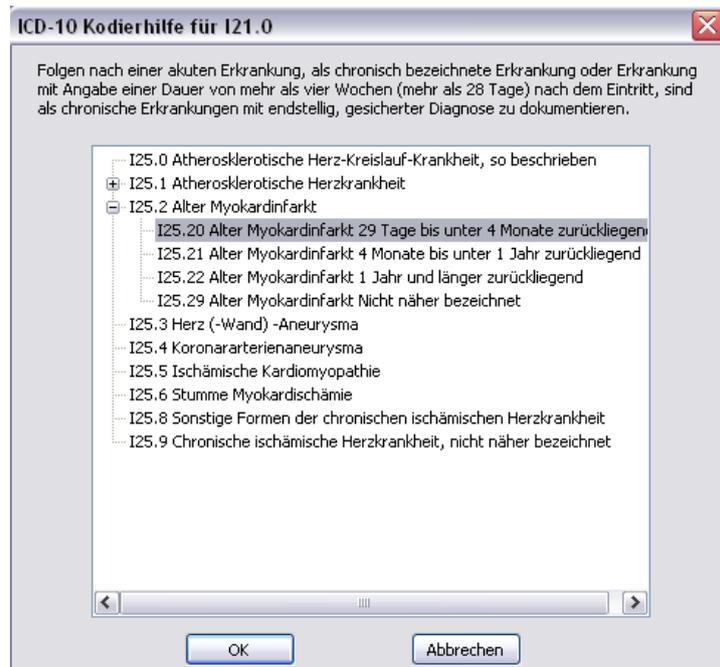


Bestätigen Sie diesen Dialog mit OK, so erscheint nach Vorgabe der HÄVG der Dialog Auswahl des ICD Zusatzes:



10.5.2 Kodierhilfe Akutdiagnosen mit "Zustand nach"-Vermerk und Hinweis

Dokumentieren Sie eine von der HÄVG vorgegebene endstellige Akutdiagnose mit dem Vermerk "Z" für "Zustand nach" erscheint zur Unterstützung bei der Kodierung einer alternativen Diagnose einer chronischen Erkrankung folgender Dialog:

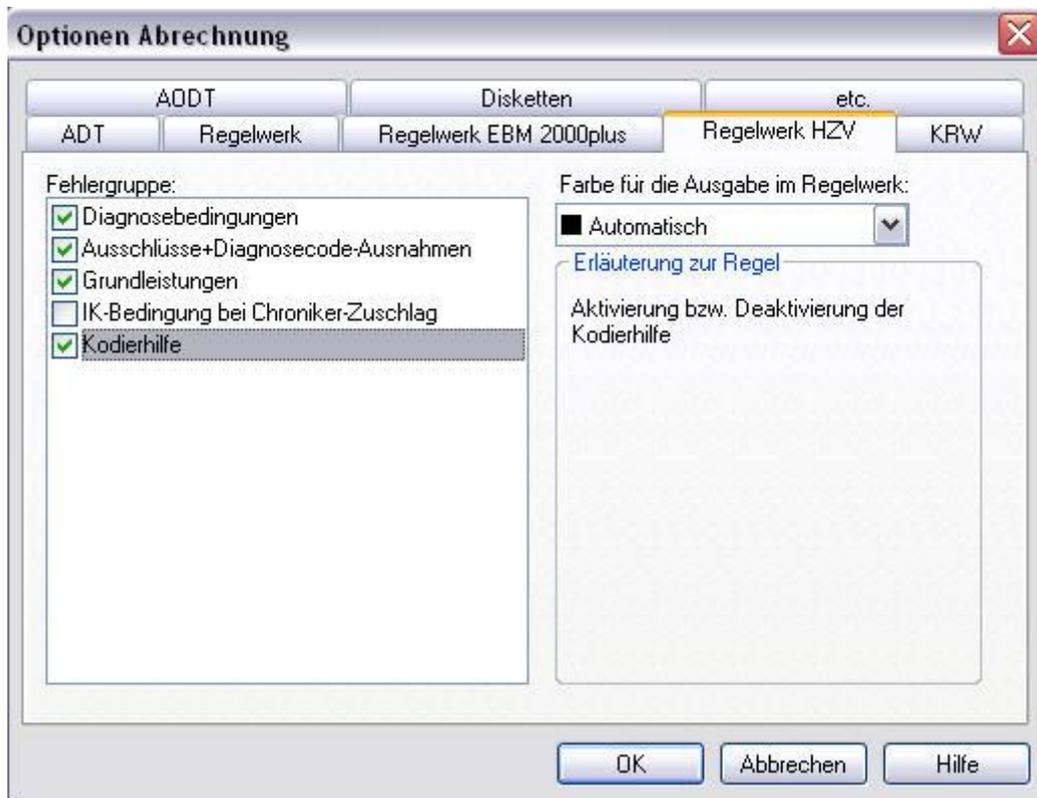


Hier haben Sie die Möglichkeit auf gewohnte Art und Weise die 4. und dann die 5. Stelle der Diagnose zu wählen- Bestätigen Sie nach Ihrer Auswahl den Dialog mit OK, um Ihre Auswahl zu übernehmen.

Bei bestimmten Diagnosen erscheint in der oberen Hälfte des Dialoges eine Hinweismeldung.

10.5.3 Deaktivieren der Kodierhilfen

Gehen Sie im ALBIS Menü über **Optionen** **Abrechnung** und dort auf das Register **Regelwerk HzV**:

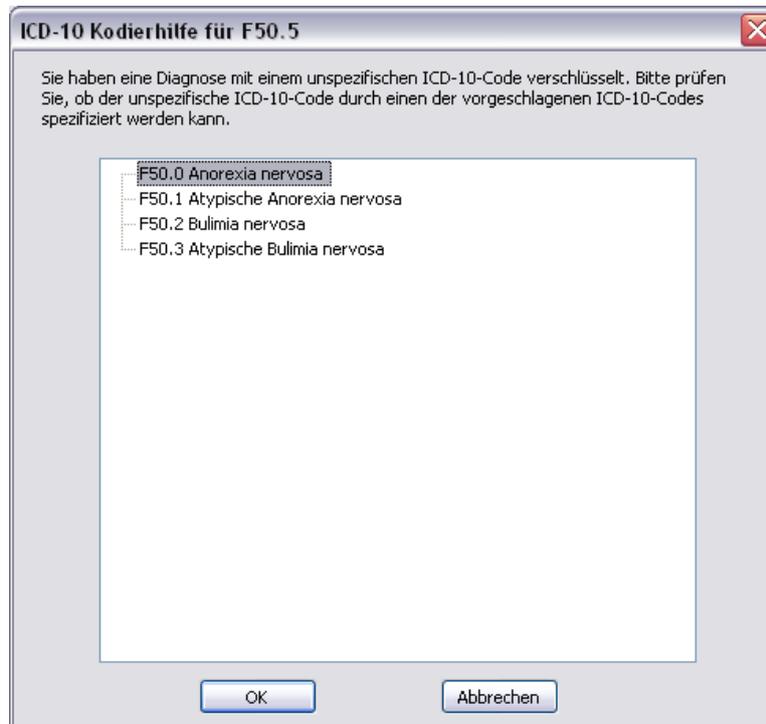


Zum Deaktivieren der Kodierhilfen entfernen Sie im Bereich **Fehlergruppen** den Haken bei dem Schalter **Kodierhilfen**. Bestätigen Sie Ihre Auswahl mit **OK**.

Möchten Sie die Kodierhilfen wieder aktivieren, so setzen Sie in den Bereich **Fehlergruppen** den Haken bei dem Schalter **Kodierhilfen**.

10.5.4 Hinweis und Kodierhilfe bei der Dokumentation von unspezifischen Diagnosen

Dokumentieren Sie unspezifische endstellige, von der HÄVG vorgegebene Diagnosen so erscheint zur Unterstützung bei der Kodierung einer alternativen Diagnose folgender Dialog:



11 Chroniker

11.1 Kennzeichnung

Damit die Kennzeichnung, dass der Patient ein Chroniker ist, mit in die Abrechnung übertragen wird, müssen Sie den Patienten als Chroniker kennzeichnen. Bitte gehen Sie hierzu wie folgt vor:

Öffnen Sie den Patienten, den Sie als Chroniker kennzeichnen möchten. Öffnen Sie über das ALBIS Menü Patient Stammdaten Personalien, die Patientenstammdaten. Setzen Sie dort im Bereich **Daten** die Markierung Chroniker. Speichern Sie Ihre Einstellung über den Druckknopf OK.

11.1 Überprüfung auf nicht abgerechneten Chroniker-Zuschlag

Sie haben die Möglichkeit in ALBIS die Überprüfung auf einen nicht abgerechneten Chroniker-Zuschlag zu aktivieren.

Bitte setzen Sie zur Aktivierung der Funktionalität unter *Optionen Abrechnung auf dem Register Regelwerk HZV* den Schalter *Chroniker-Zuschlag*. Haben Sie diesen Schalter gesetzt, so findet die Überprüfung statt, ob in den Patientenstammdaten die Chronikerkennzeichnung gesetzt ist und für diesen Patienten in diesem Quartal mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt und, falls eine Diagnose als Voraussetzung für die Abrechnung des Chroniker-Zuschlags existiert, eine Diagnose als Bedingung.

12 Heilmittel

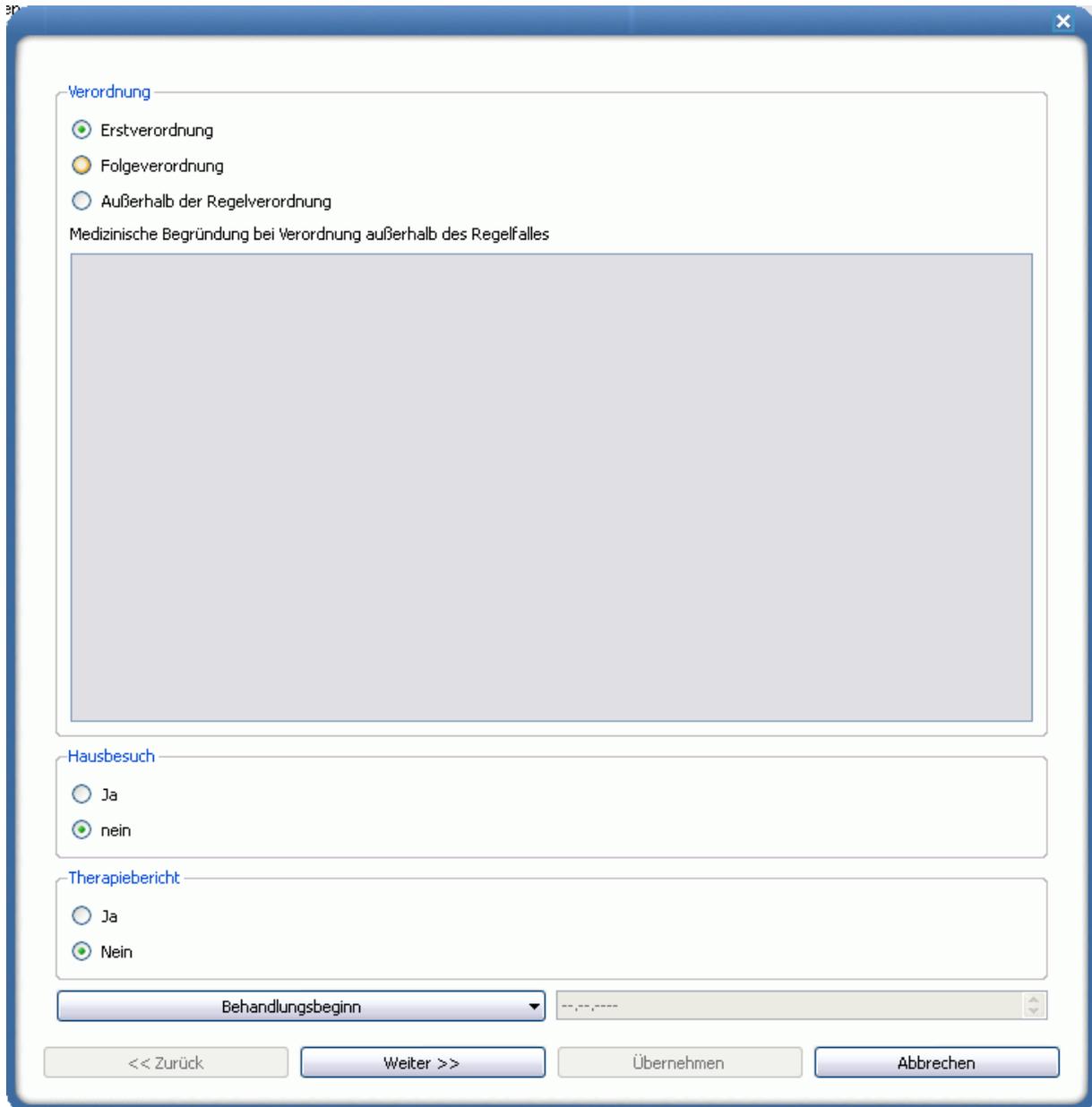
In Bezug auf Heilmittel gibt es folgende Anpassungen:

12.1 Formular 13a

Öffnen Sie bei einem HzV Patienten das Muster 13a, so sieht dies wie folgt aus:

Nach Vorgaben der HÄVG ist dieses Formular im Rahmen von HzV speziell zu befüllen:

Klicken Sie in das Feld Indikationsschlüssel und rufen Sie über die Tastenkombination F3 den Heilmittelkatalog auf:



The screenshot shows a software window titled 'Verordnung' (Prescription). It contains three radio button options: 'Erstverordnung' (checked), 'Folgeverordnung', and 'Außerhalb der Regelverordnung'. Below these is a text area labeled 'Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles'. Further down are two sections: 'Hausbesuch' with 'Ja' and 'nein' (checked) options, and 'Therapiebericht' with 'Ja' and 'Nein' (checked) options. At the bottom, there is a dropdown menu set to 'Behandlungsbeginn', a date field, and four buttons: '<< Zurück', 'Weiter >>', 'Übernehmen', and 'Abbrechen'.

Markieren Sie die von Ihnen gewünschten Einstellungen.

Hinweis:

Haben Sie die Felder im Formular selbst schon ausgefüllt, so werden diese selbstverständlich übernommen.

Betätigen Sie den Druckknopf Weiter, um in den folgenden Dialog zu gelangen:

Indikationsschlüssel

- [-] Wirbelsäulenerkrankungen
 - WS1a
 - WS1b
 - WS1c
 - WS1d
 - WS1e
 - WS2a
 - WS2b
 - WS2c
 - WS2d
 - WS2e
 - WS2f
 - WS2g
- + Erkrankungen Extremitäten und Becken
- + Erkrankungen Stütz- und Bewegungsorgane (Kind)
- + chronifiziertes Schmerzsyndrom
- + ZNS-Erkrankungen
- + periphere Nervenläsionen
- + Störungen der Atmung
- + Arterielle Gefäßerkrankungen
- + Lymphabflussstörungen
- + Störung der Dickdarmfunktion
- + Störungen der Ausscheidung
- + Schwindel
- + periphere trophische Störungen
- + Prostatitis, Adnexitis

Diagnose

Leitsymptomatik

Spezifizierung der Therapieziele

<< Zurück Weiter >> Übernehmen Abbrechen

Geben Sie in dem Feld Indikationsschlüssel einen Indikationsschlüssel ein, oder Suchen Sie sich einen entsprechenden Indikationsschlüssel heraus:

Indikationsschlüssel

- [-] Wirbelsäulenerkrankungen
 - WS1a
 - WS1b
 - WS1c
 - WS1d
 - WS1e
 - WS2a
 - WS2b
 - WS2c
 - WS2d
 - WS2e
 - WS2f
 - WS2g
- ⊕ Erkrankungen Extremitäten und Becken
- ⊕ Erkrankungen Stütz- und Bewegungsorgane (Kind)
- ⊕ chronifiziertes Schmerzsyndrom
- ⊕ ZNS-Erkrankungen
- ⊕ periphere Nervenläsionen
- ⊕ Störungen der Atmung
- ⊕ Arterielle Gefäßerkrankungen
- ⊕ Lymphabflussstörungen
- ⊕ Störung der Dickdarmfunktion
- ⊕ Störungen der Ausscheidung
- ⊕ Schwindel
- ⊕ periphere trophische Störungen
- ⊕ Prostatitis, Adnexitis

Diagnose

Leitsymptomatik

Spezifizierung der Therapieziele

Sofern Sie in ALBIS noch keine Diagnose eingetragen haben, tragen Sie diese bitte in das Feld Diagnose ein. Die übrigen Werte werden automatisch aus dem Indikationsschlüssel übernommen. Über den Druckknopf Weiter gelangen Sie in folgenden Dialog:

Vorrangiges/optionales Heilmittel oder standardisierte Heilmittelkombination

	Menge	Anzahl/Woche	Bezeichnung	Preis	Gruppe
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik im Bad 2-3 Pers. 20-30 Min.+Nachruhe 20-25 Min. (A), Vorrangig	11,5	ja
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik 15-25 Min.(A), Vorrangig	14,4	nein
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik im Bad 20-30 Min.+Nachruhe 20-25 Min.(A), Vorrangig	15,45	nein
<input type="checkbox"/>	1	1	Manuelle Therapie 15-25 Min.(A), Vorrangig	17,05	nein
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik Gruppe 2-5 Personen 20-30 Min.(A), Vorrangig	5,5	ja
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik im Bad 4-5 Pers. 20-30 Min.+Nachruhe 20-25 Min. (A), Vorrangig	7,1	ja

Ergänzendes Heilmittel

	Menge	Anzahl/Woche	Bezeichnung	Preis	Gruppe
<input type="checkbox"/>	1	1	Ultraschall-Wärmetherapie 10-20 Min.(C), Ergänzend	7,25	nein

<< Zurück Weiter >> Übernehmen Abbrechen

Geben Sie hier die entsprechenden Daten an ein und betätigen Sie den Druckknopf Übernehmen. Sie kehren auf das Formular Heilmittelverordnung zurück:

Muster 13.1 (10.2008), Heilmittelverordnung für <Schlösser, Peter> ausstellen

Krankenkasse bzw. Kartenträger		
AOK Baden-Württemberg 61125		
Name, Vorname der Versicherten		
Schlösser		geb. am
Peter		17.05.1976
Schloßstraße 1		WK gültig bis
D-76481 Baden-Baden		12/15
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Statur
7118277	155845522555	1000 1
Betriebsärztin-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
521717171	171717171	<input checked="" type="checkbox"/> 19.06.2012

Heilmittelverordnung 13

Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie

Physikalische Therapie
 Podologische Therapie

Gebühr-pfl. Gebühr frei Unfall/Unfall folgen BVG Arbeitsunfall EWR/CH

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb d. Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am:

Hausbesuch Ja Nein

Therapiebericht Ja Nein

Verordnungs- Pat.: 0.00 € RG-Vgl.: 0.00% 1450.73 €

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.	kleine Liste
6	Krankengymnastik 15-25 Min.	2	
6	Wampackung mit Parafango 20-30 Min.	2	

Indikations- Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde
schlüssel

WS1a Kreuzschmerz (M54.5);
Funktionsstörungen /Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfelenke)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Erlernen eines Eigenübungsprogrammes

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Drucken Spooler Speichern Abbruch Standard Alte Daten

Alle von Ihnen getätigten Angaben werden entsprechend auf das Formular übernommen. Gehen Sie von jetzt an, wieder in gewohnter Art und Weise vor und Drucken, Speichern oder Spoolen Sie das Formular.

12.1 Folgeverordnung ohne Erstverordnung

Im Bezug auf Heilmittel gibt es folgende Anpassung:

Um eine Optimierung bei der Ausstellung von Heilmittelverordnungen zu schaffen, werden ausgestellte Folgeverordnungen einer Erstverordnung zugeteilt. Ab dieser Version ist es ebenfalls möglich eine Folgeverordnung ohne eine Auswahl der Erstverordnung zu treffen. Diese Optimierung dient der Ausstellung einer Folgeverordnung ohne dazugehörige Erstverordnung.

Wählen Sie bei einer Folgeverordnung immer aus diesem Dialog die dazugehörige Erstverordnung bzw. Folgeverordnung ohne Erstverordnung (F-VO ohne E-VO):



12.2 Patientenverordnungshistorie

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit für HzV Patienten eine sogenannte Patientenverordnungshistorie der Heilmittel zu erstellen. Gehen Sie hierzu bitte wie folgt vor:

Öffnen Sie einen Patienten, für den Sie die Patientenverordnungshistorie der Heilmittel erstellen möchten. Öffnen Sie über den Menüpunkt Statistik Medikamenten- und Verordnungsstatistik den Med.- und Verordnungsstatistik Dialog.

Wählen Sie im Bereich **Verträge** den entsprechenden HzV Vertrag aus. Markieren Sie im Bereich **Ausgabe** Heilmittel und wählen Sie die entsprechende BSNR:

Med.- und Verordnungsstatistik pro Patient

Zeit:
 Quartal: 4/09 bis 31.12.2009
 Zeitraum: 01.07.2010 bis 27.09.2010
 Tage einzeln
 Tag: 27.09.2010
 Vergleich mit Vorjahreszeitraum

Verträge
 HZV
 Hausarztzentrierte Vers
 Hausarztzentrierte Vers
 AOK Bremen
 AOK Sachsen-Anhalt
 AOK/IKK Berlin-Brand
 BKK Bayern
 BKK Bosch Baden-Wür
 BKK LV Nord

Patienten:
 Alle
 Selektierter Patient

Ausgabe
 Alle
 QTC-Statistik
 Heilmittelstatistik

Arztwahl:
 BSNR/KV-Nr:
 B: 521111100 KV-Nr: 0
 N: 189999900 KV-Nr: 0
 B: 522222200 KV-Nr: 9687146
 einzelner Arzt: HZVD HZV BW Arzt D

OK Abbruch Optionen...

Bestätigen Sie diesen Dialog mit OK und erstellen Sie die Heilmittelstatistik:

1. Liste der Verordnungen

Sortiert nach Name

Krankenkasse: RVO/EK

Medikament	RVO					EK				
	Preis in EUR	M/F	R	Ges	Summe	M/F	R	Ges	Summe	
Krankengymnastik 15-25 Min.	14.40	6	0	6	86.40	0	0	0	0.00	
Summe		6	0	6	86.40	0	0	0	0.00	

Markieren Sie ein Heilmittel und betätigen Sie die Funktionstaste F3. Es öffnet sich ein Fenster mit weiteren Details zu dem Verordneten Heilmittel:

Zeitraum vom 01.07.2010 bis 27.12.2010					
Ärzte: HZVD M SK CME HZVA NE Test HZVB HZVC; FA Kinderheilkunde & Jugendmed. kammerindiv.; obs.-Hausarzt					
Name: Schlößer, Peter					
Pat.-Nr.: 43					
Geb.Datum: 26.09.1966					
Datum	Diagnose	Indikationsschl.	Heilmittel	Menge	Gesamtkosten
11.10.2010	Kreuzschmerz (M54.5);	WS1a	Krankengymnastik 15-25 Min.	6	86.40
				Summe	86.40

12.3 Gesamtverordnungshistorie

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit für HzV Patienten eine sogenannte Patientenverordnungshistorie der Heilmittel zu erstellen. Gehen Sie hierzu bitte wie folgt vor:

Öffnen Sie über den Menüpunkt Statistik Medikamenten- und Verordnungsstatistik den Med.- und Verordnungsstatistik Dialog.

Wählen Sie im Bereich **Verträge** den entsprechenden HzV Vertrag aus. Markieren Sie im Bereich **Ausgabe** Heilmittel und wählen Sie die entsprechende BSNR:

Bestätigen Sie diesen Dialog mit OK und erstellen Sie die Heilmittelstatistik. Entsprechend Ihrer Einstellungen sehen Sie hier alle Heilmittelverordnungen und die Höhe des Gesamtvolumens der bisher ausgestellten Heilmittelverordnungen.

Auf dem o.a. Dialog haben Sie ebenfalls die Möglichkeit, über Setzen des Schalters Vergleich mit Vorjahreszeitraum, die Heilmittelstatistik für einen bestimmten Zeitraum zu erstellen, inkl. dem Vergleich zum gleichen Vorjahreszeitraum.

13 Formular Muster 14 (Heilmittelverordnung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)

13.1 12.2 Patientenverordnungshistorie

Ab sofort werden die Heilmittel des Formular Muster 14 (Heilmittelverordnung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) in die Patientenverordnungshistorie übernommen.

13.2 12.3 Gesamtverordnungshistorie

Ab sofort werden die Heilmittel des Formular Muster 14 (Heilmittelverordnung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) in die Gesamtverordnungshistorie übernommen.

14 Formular Muster 18a HMV Ergotherapie

Zum Öffnen dieses Formulars stehen Ihnen folgende Optionen zur Verfügung:

Formular-> Heilmittelverordnungen -> 18a - HMV Ergotherapie oder fhv18

Beschreibung der Pflichtanforderung:

Ab sofort ist es bei Formular Muster 18 Heilmittelverordnung Ergotherapie möglich, max. zwei Möglichkeiten aus der Auswahlliste in das entsprechende Feld zu übernehmen. Dies gilt nur bei dem Heilmittelformular Ergotherapie und ausschließlich in Kombination von zwei vorrangigen Heilmitteln. Auch bei Verordnungen ausserhalb des Regelfalls gilt die Möglichkeit, max. zwei vorrangige ergotherapeutische Heilmittel zu übernehmen.

Bis zu zwei vorrangige Heilmittel oder ein vorrangiges und ein optionales Heilmittel (gelb hinterlegt) auswählbar

Menge	Anzahl/Woche	Bezeichnung	Preis	Gruppe
<input checked="" type="checkbox"/>	5	Motorisch-funktionelle Behandlung 3-5 Personen 30-45 Min.(A), Vorrangig	9,05	ja
<input type="checkbox"/>	1	Hirnleistungstraining/neuropsycholog. orientiert 3-5 Pers. 45-60 Min.(A), Vorrangig	11,9	ja
<input type="checkbox"/>	1	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung 3-5 Personen 45-60 Min.(A), Vorrangig		
<input type="checkbox"/>	1	Motorisc		
<input type="checkbox"/>	1	Hirnleist Vorrangig		
<input checked="" type="checkbox"/>	5	Motorisc		
<input type="checkbox"/>	1	Sensom Vorrangig		

Ergänzendes Heilmittel oder Ergotherapeutis

Menge	Anzahl/Woche	Bezeichnung	Preis	Gruppe
<input type="checkbox"/>	1	Thermisc		
<input checked="" type="checkbox"/>	5	Ergothe		

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

verordnungs- menge	Heilmittel	Maximal pro Wo.
5	Motorisch-funktionelle Behandlung 3-5 Personen 30-45 Min.	1
5	Motorisch-funktionelle Behandlung 30-45 Min.	1
0		0

Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde

Unfall durch elektrischen Strom (!/w/87.9);

EN1

Einschränkung: 1. der Beweglichkeit, Geschicklichkeit 2. der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung 3. in der zwischenmenschlichen Interaktion 4. im Verhalten

Ggf. neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

- Selbstständigkeit in der altersentsprechenden Versorgung (z. B. Ankleiden/ Hygiene) - Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit - Verbesserung der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer - Verbesserung im Verhalten und in

Bei Übernahme von 2 vorrangigen Heilmitteln darf die Summe der Verordnungsmengen der beiden Heilmittel den Maximalwert der einzelnen Heilmittel nicht überschreiben. Das heißt, die Summe der Verordnungsmengen darf die Summe 10 nicht überschreiten.

DocPortal

Bis zu zwei vorrangige Heilmittel oder ein vorrangiges und ein optionales Heilmittel (gelb hinterlegt) auswählbar

Menge	Anzahl/Woche	Bezeichnung	Preis	Gruppe
<input checked="" type="checkbox"/> 6	1	Motorisch-funktionelle Behandlung 3-5 Personen 30-45 Min.(A), Vorrangig	9,05	ja
<input type="checkbox"/> 1	1	Hirnleistungstraining/neuropsycholog. orientiert 3-5 Pers. 45-60 Min.(A), Vorrangig	11,9	ja
<input type="checkbox"/> 1	1	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung 3-5 Personen 45-60 Min.(A), Vorrangig	12,34	ja
<input type="checkbox"/> 1	1	Motorisch-funktionelle Behandlung 2 Personen 30-45 Min.(A), Vorrangig	20,14	ja
<input type="checkbox"/> 1	1	Hirnleistungstraining/neuropsycholog. orientiert 2 Pers. 30-45 Min.(A), Vorrangig	22,3	ja
<input checked="" type="checkbox"/> 6	1	Motorisch-funktionelle Behandlung 30-45 Min.(A), Vorrangig	25,17	nein
<input type="checkbox"/> 1	1	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung 2 Personen 45-60 Min.(A), Vorrangig	26,82	ja

Ergänzendes Heilmittel oder Erg...

Menge	Anzahl/Woche	Preis	Gruppe
<input type="checkbox"/> 1	1		nein
<input type="checkbox"/> 1	1		nein

Assist ALBIS

Hinweis

Die Summe der Verordnungsmengen der beiden ausgewählten vorrangigen Heilmittel darf den kleineren Wert der maximalen Verordnungsmenge jedes ausgewählten vorrangigen Heilmittels nicht überschreiten

weitere Angaben zur Ergotherapeutischen Schiene

<< Zurück Weiter >> Übernehmen Abbrechen

Um eine Optimierung bei der Ausstellung von Heilmittelverordnungen zu schaffen, werden ausgestellte Folgeverordnungen einer Erstverordnung zugeteilt. Diese Optimierung dient der Prüfung die Summe aus Erst- und Folgeverordnung nicht zu überschreiten.

Wählen Sie bei einer Folgeverordnung immer aus diesem Dialog die dazugehörige Erstverordnung:

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung

zu:

Verordnung außerhalb d. Regell

Hausbesuch Ja Nein

Behandlungsbeginn spätestens am:

Gruppentherapie

Therapiebericht Ja Nein

(Note: A red arrow points to the 'Folgeverordnung' radio button in the original image.)

(Note: The dropdown menu shows: E-VO, WS1a vom 10.12.2012; E-VO, WS2d, BB:12.12.2012, GRUPPE)

15 Muster 6

Der Text `Teilnahme Facharzt-Prg.` wird automatisch in das neue Feld `Befund` übernommen.

16 Muster 10 & Muster 10a

Nach Vorgabe der HÄVG erscheint sowohl auf dem Muster 10, als auch auf dem Muster 10a folgender Hinweis:

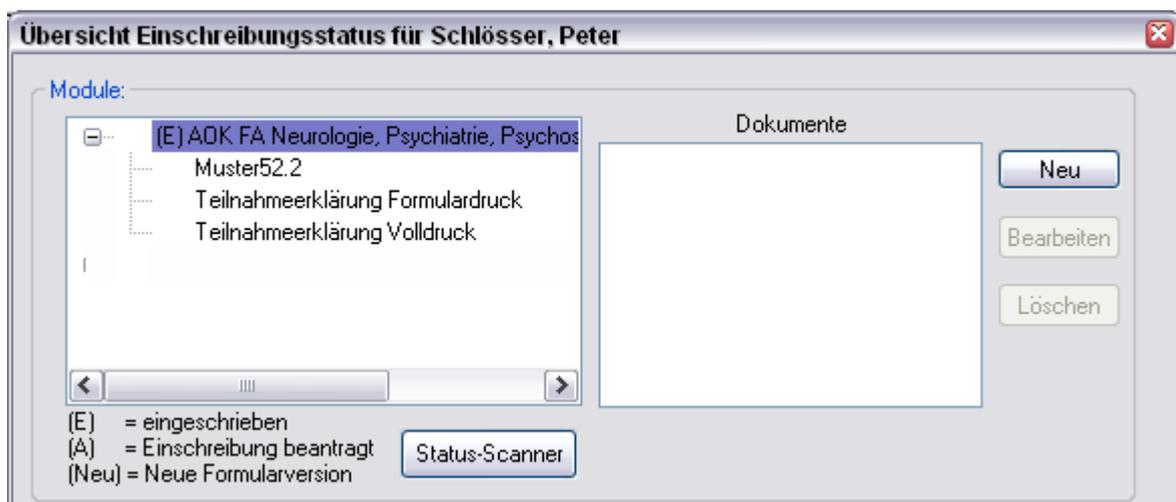
Laborleistungen des EBM-Kapitels 32.2 (GOP 32025 bis 32125, 32150, 32212 und 32232) sowie die Laborleistungen auf Grundlage der GOP 01708 sind für Versicherte im Facharztprogramm analog zu Privatpatienten zu verrechnen. Das Muster 10 oder 10A darf bei Abrechnung dieser Ziffern folglich nicht für Versicherte im Facharztprogramm verwendet werden. Diese Laborziffern sind in den FaV-Pauschalen (vgl. Ziffernkranz) enthalten und dürfen durch die Laborarztpraxis bzw. die Laborgemeinschaft nicht über die KV abgerechnet werden.

17 Muster 16

Bei der Bedruckung einer Arzneimittel- oder Impfstoffverordnung gibt die HÄVG vor, dass bei Patienten anstatt des Kassen-IK des Versicherten das Pseudo-Kassen-IK 8095250 im Versichertenfeld eingedruckt wird. Die Pseudo-IK wird nur auf das Rezept gedruckt. Bei der Speicherung und bei der Datenübermittlung wird das richtige Kassen-IK des Versicherten verwendet.

18 Muster 52.2

Über den Druckknopf  steht Ihnen in der Einschreibeübersicht das Formular 52.2 zur Verfügung:



Markieren Sie im Bereich **Module** das Muster 52.2 und betätigen Sie den Druckknopf `Neu`. Es öffnet sich das Formular Muster 52.2, welches Sie auf bekannte Art und Weise ausfüllen, speichern und drucken können:

Hausarztzentrierte Versorgung AOK BW Muster 52.2

Vom Vertragsarzt auszufüllen! Hausarztzentrierte Versorgung

HZV-Versicherter: Schlößer, Peter, 26.09.1936, 76001, 120192357

1. Wegen welcher Diagnose(n) besteht die Arbeitsunfähigkeit?
 Eigene Befunde sowie vorhandene Berichte wie z. B. Facharzt-, Krankenhaus-, Rehaberichte für den MDK werden im verschlossenen Umschlag per Post zugesandt
 ICD-Code ICD-Code ICD-Code

2. Welche Tätigkeiten übt der Versicherte derzeit aus? *(Bei Arbeitslosengeldempfängern bitte 2.1 und 2.2 beantworten.)*
 Erwerbstätig ja nein

 (Tätigkeitsmerkmale und Leistungsanforderungen)

2.1. Für welchen zeitlichen Umfang hat sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt? Stunden pro Woche
 2.2. Kann der Versicherte in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ja nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?
 Ja Arbeitsunfähigkeit besteht voraussichtlich ab
 nein

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?
 konservativ (ggf. wann und welche)
 operativ (ggf. wann und welche)

5. Mitbehandler ist (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)
(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt, auch über die derzeitige Arbeitsunfähigkeit hinaus?
 Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) Ernährungsberatung
 Stufenweise Wiedereingliederung Rückenschule
(Gilt nicht für Arbeitslose.) Medizinische Reha-Maßnahme (Muster 60 ist beigelegt) Umschulung
 Sonstige (z.B. Suchttherapie, Soziotherapie)
 Keine

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?
 Arbeitsumfeld Muttersprache Sonstiges
 privates Umfeld Compliance
 Keine

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ja nein

19 HzV- und KV-Zuordnung von Verordnungen und Diagnosen auf einen Blick

Haben Sie unter Stammdaten Karteikarte Karteikartenkürzel bei den Karteikartenkürzeln medrp und dia den Haken bei Symbol in Karteikarte angesetzt, so werden Ihnen ab sofort Verordnungen und Diagnosen, die Sie bei einem HzV eingeschriebenen Patienten dokumentiert haben, auf einen Blick angezeigt (rotes Kreuz über dem Bildchen):

Diagnosen: 

Verordnungen: 

20 Verordnungen

20.1 Verordnen mit dem ifap praxisCENTER 3

20.1.1 Einstellungen

Damit das Verordnen im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung reibungslos verläuft empfehlen wir Ihnen bestimmte Einstellungen, die wir Ihnen im Folgenden erläutern.

20.1.1.1 Einstellungen in ALBIS

Bitte überprüfen Sie in ALBIS unter Optionen Patientenfenster auf dem Register Verordnungen, dass im Bereich HZV die Häkchen bei allen drei Einstellungen (Aut-Idem, Rabattfilter aktivieren und HzV/FaV Komfortfunktion) gesetzt sind.

20.1.1.2 Einstellungen im ifap praxisCENTER

Wechseln Sie in das ifap praxisCENTER und öffnen Sie über das Menü Extras Optionen den Optionen Dialog. Wechseln Sie auf das Register i: bonus und kontrollieren Sie, ob der Haken bei dem Schalter Rechercheergebnis: nicht rabattierte Arzneimittel automatisch berücksichtigen, sofern keine rabattierten Arzneimittel vorliegen im Bereich HzV gesetzt ist.

Bitte kontrollieren Sie, dass der Haken bei Verordnungsalternativen automatisch anzeigen nicht gesetzt ist

20.1.2 Arzneimittelempfehlung

Die Verordnung bestimmter Präparate soll im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung vermieden werden.

Die Informationen, welches Präparat Sie verordnen möchten, werden an das sogenannte „HÄVG Prüfmodul“ übermittelt. Dieses „HÄVG Prüfmodul“ prüft, ob zu diesem Präparat Arzneimittelempfehlungen vorliegen. In der Zeit der Kommunikation mit dem „HÄVG Prüfmodul“ erscheint folgende Hinweismeldung:

... warte auf HZV BaWü Kern! (LiefereSubstitutionen)



Zu jedem Präparat bekommen Sie im ifap praxisCENTER 3, in der kleinen Liste Medikamente, in den Alten Medikamenten und in den Dauermedikamenten angezeigt, welcher Rabattkategorie (Farbe) das Präparat angehört.

Verordnen Sie ein Präparat, welches laut Vertragspartner substituiert werden sollte, so erscheint automatisch vor der Übernahme auf das Rezept in ALBIS der i:iv Dialog mit den entsprechenden Arzneimittelempfehlungen:

REZEPT

Ursprüngliches Arzneimittel					Ersetzt durch
Arzneimittel	Wirkstoff	ATC	AVP	Anbieter	Arzneimittel
XERISTAR 30 mg magensaftresistente Kapseln	Duloxetin	N06AX21	54,67 €	Pharma Gerke GmbH	

Ersetzen

Arzneimittel	Menge	PZN	Wirkstoff	Wirkstärke	ATC	AVP	Zuzahl.	Anbieter
VENLAFAXIN 1A Pharma 37,5 mg Tabletten	50 St	852157	Venlafaxin	37,5 mg	N06AX16	rabattiert	frei	1 A Pharma GmbH
VENLAFAXIN Actavis 37,5 mg Filmtabletten	50 St	1672569	Venlafaxin	37,5 mg	N06AX16	rabattiert	frei	Actavis Deutschland GmbH
VENLAFAXIN AL 37,5 mg Retardkapseln	50 St	6802433	Venlafaxin	37,5 mg	N06AX16	rabattiert	frei	ALIUD Pharma GmbH
VENLAFAXIN beta retard 37,5 mg Hartkapseln	50 St	1617441	Venlafaxin	37,5 mg	N06AX16	rabattiert	frei	betapharm Arzneimittel GmbH
VENLAFAXIN Heumann 37,5 mg Hartkapseln ret	50 St	9007860	Venlafaxin	37,5 mg	N06AX16	rabattiert	frei	HEUMANN PHARMA GmbH
VENLAFAXIN Teva 37,5 mg Tabletten	50 St	6344410	Venlafaxin	37,5 mg	N06AX16	rabattiert	frei	Teva GmbH
VENLAFAXIN 1A Pharma 75 mg Tabletten	50 St	5392022	Venlafaxin	75 mg	N06AX16	rabattiert	frei	1 A Pharma GmbH
VENLAFAXIN AL 75 mg Retardtabletten	50 St	6705090	Venlafaxin	75 mg	N06AX16	rabattiert	frei	ALIUD Pharma GmbH
VENLAFAXIN beta retard 75 mg Hartkapseln	50 St	21031	Venlafaxin	75 mg	N06AX16	rabattiert	frei	betapharm Arzneimittel GmbH
VENLAFAXIN Heumann 75 mg Hartkapseln retar	50 St	1918243	Venlafaxin	75 mg	N06AX16	rabattiert	frei	HEUMANN PHARMA GmbH
VENLAFAXIN AL 150 mg Retardtabletten	50 St	6705173	Venlafaxin	150 mg	N06AX16	rabattiert	frei	ALIUD Pharma GmbH
VENLAFAXIN beta retard 150 mg Hartkapseln	50 St	21077	Venlafaxin	150 mg	N06AX16	rabattiert	frei	betapharm Arzneimittel GmbH
VENLAFAXIN Heumann 150 mg Hartkapseln reta	50 St	2030761	Venlafaxin	150 mg	N06AX16	rabattiert	frei	HEUMANN PHARMA GmbH
VENLAFAXIN AbZ 225 mg Retardtabletten	50 St	1716108	Venlafaxin	225 mg	N06AX16	rabattiert	frei	AbZ-Pharma GmbH
XERISTAR 30 mg magensaftresistente Kapseln	28 St	7288412	Duloxetin	30 mg	N06AX21	54,67 €	k.A.	Pharma Gerke GmbH

Anzahl Arzneimittel: 15

Im unteren Bereich haben Sie jetzt die Möglichkeit eine Arzneimittelempfehlung zu markieren und über den Druckknopf Ersetzen für das Ersetzen vorzubereiten. Um das ursprüngliche Präparat mit der Arzneimittelempfehlung zu ersetzen, betätigen Sie bitte den Druckknopf Rezept.

20.1.3 Kennzeichnung von PIM Präparaten

Befindet sich ein Präparat, welches Sie suchen, in der Priscus-Liste, so ist dies in dem ifap praxisCENTER mit einem P gekennzeichnet (s. rote Markierung):

ifap praxisCENTER® 3.3.0.11109 - Datenstand 01.06.2012 - ALBIS - Hotline 01805 / 43 27 13

Daten | Recherchen | Sortieren nach | Rezept | Extras | Hilfe

Sortimentsrecherche: Gesamt

R	H	Bezeichnung	DAR	Menge	ME	NP	Hinweis	AVP	T	F	RV	PK	W
		Clomipramin SANDOZ 75mg	RET	20	ST	N1	P €	16,85				0,00	C
		Clomipramin SANDOZ 75mg	RET	50	ST	N2		27,75				0,00	C
		Clomipramin SANDOZ 75mg	RET	100	ST	N3		46,36				0,00	C

20.1.4 Krankenkasse bei Verordnung

Anstatt der KassenIK des Patienten wird bei jeder Verordnung für einen HZV-Versicherten eine Pseudo- IK gedruckt. Gespeichert und an das HÄVG Rechenzentrum versendet wird die korrekte KassenIK. Dies ist eine Vorgabe der HÄVG.

20.1.5 Aut-Idem

Möchten Sie, dass bei Verordnungen der Rabattkategorien grün und grünberechnet automatisch ein aut-idem Kreuz gesetzt wird und dies ist für Ihren Vertrag zu Hausarztzentrierten Versorgung oder Facharztvertrag vorgesehen, bzw. gefordert, so aktivieren Sie bitte unter Optionen Patientenfenster, Register Allgemein den Schalter `Aut-Idem`.

20.1.6 Kombinierte Wirkstoff/Namensuche

Ihnen steht automatisch auf dem Rezept über die Funktionstaste F4 die kombinierte Wirkstoff-/Namensuche zur Verfügung.

Über die Funktionstaste F4 sind die beiden Suchen (Wirkstoffsuche und Namensuche) jetzt kombiniert und werden in genau der Reihenfolge durchgeführt. Wird über diese Suche ein Wirkstoff gefunden, so werden nur die Ergebnisse der Wirkstoffsuche aufgelistet. Wird über diese Suche kein Wirkstoff gefunden, so wird direkt ohne weitere Aktion Ihrerseits automatisch die Namensuche durchgeführt.

Dies ermöglicht Ihnen also über lediglich eine Funktionstaste F4 in einem Schritt einfach nach Präparaten der **Rabattkategorie grün** oder nach Präparaten der **Rabattkategorie blau** zu suchen.

20.2 Anzeige der Arzneimittel mit der Rabattkategorie Grün und Blau in der ifap Arzneimitteldatenbank

Ab dieser Version haben Sie in der ifap Arzneimitteldatenbank die Möglichkeit, das Suchergebnis der Arzneimittel so zu filtern, dass Ihnen nur noch Arzneimittel der Rabattkategorien Grün und Blau angezeigt werden.

Befinden Sie sich in der ifap Arzneimitteldatenbank, so können sie bei Patienten, die in den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind, diese Filterung temporär über das Setzen des Schalters Rabattfilter aktiv (s. rote Markierung) einschalten:

ifap Arzneimitteldatenbank - Medikamentenpreise Stand 15.03.2010

Suchname: 342462 Suche nach: Pharmazentralnummer Wirkstf.-Filter Druck

Medikament: Metformin Axcount 500mg 120ST FTA N2

Präparatengruppe: Metformin | Axcount Generika Handelsname und Darreichungsform: Metformin Axcount 500mg FTA, Metformin Axcount 850mg FTA, Metformin Axcount 1000mg FTA Packung: N2: 120 ST Filmtabletten

Rabattfilter aktiv

OK Abbruch Med.-Wiss... **★ STAR**

Wirkstoffe: ATC: A10BA02... Hersteller: Axcount Generika AG *Star: *228/*Axcount

Angaben pro 1,0 St:
 - (W) Metformin hydrochlorid (500,0 mg)
 - (E) Metformin (389,9 mg)
 - (T) Carboxymethylstärke, Natriumsalz
 - (T) Hypromellose
 - (T) Macrogol 6000

Hinweis: Die angezeigten Preise entsprechen den nicht-rabattierten Listenpreisen ifap Arzneimitteldatenbank (Stand: 15.03.2010)

Preis: (-) 13,02 EUR €-Historie... PZN: 342462
 Festbetrag: 16,30 EUR *Star: *46880
 Zuzahlung: R 5,00 EUR Mehrzahlung: R 0,00 EUR

rabattiert: i... Arzneimittel:
 Negativliste: Medizinprod.:
 Betäubungsmittel: Verbandmittel:
 Apothekenpflichtig: Impfstoff:
 Verschreibungspflichtig: Lifestyle:
 außer Vertrieb: Teststreifen: (Re-) Import:

Information... Liste... Vergleichen... Ähnliche... Preisvergleich...

Möchten Sie, dass die Suchergebnisse immer direkt ausschließlich Präparate der Rabattkategorien Grün und Blau enthalten, dann können Sie dies über den Menüpunkt Optionen Patientenfenster, auf dem Register Verordnungen aktivieren.

Setzen Sie bitte hierzu im Bereich **HZV** den Schalter Rabattfilter aktivieren:

Patientenfenster

Anzeige Aufteilung Drucken Chipkarte Größe Zuordnungen

Nach Öffnen Stammdatenanzeige Verordnungen

Hinweise Arzneimittelvereinbarungen anzeigen in

	AMDB u. kleine Liste	alten Verordnungen	Dauermed.	Verordnungs-center
immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Alternativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Optionen Medikamente/Rezept

- Existenzprüfung Altverordnungen
- Existenzprüfung Dauermedikamente
- Hinweis bei Verordnung von QTC-Präparaten
- Altverordnungen beschleunigen (keine Kennzeichnung der Zuzahlungsbefreiungsgrenze)

HZV

- Aut-Idem
- Rabattfilter aktivieren**

OK Abbrechen Hilfe

ALBIS – Facharztvertrag NPPP AOK Baden-Württemberg

Ab sofort werden Ihnen in der ifap Arzneimitteldatenbank bei Patienten, die in den Vertrag zu Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind, nur noch Präparate der Rabattkategorien Grün und Blau angezeigt.

20.3 Kennzeichnung von PIM Präparaten

Befindet sich ein Präparat, welches Sie suchen, in der Priscus-Liste, so ist dies in der ifap Arzneimitteldatenbank ab sofort mit einem P gekennzeichnet (s. rote Markierung):

ifap praxisCENTER® 3.3.0.11109 - Datenstand 01.06.2012 - ALBIS - Hotline 01805/43 27 13

Sortimentsrecherche: Gesamt

R	H	Bezeichnung	DAR	Menge	ME	NP	Hinweis	AVP	T	F	RV	PK	Wirkstoff	Wirkst/Anbieter
✓		Terazofo 2mg Tabletten	TAB	98	ST	N3	P	31,31				5,00	Terazosin 2mg	TEVA GmbH
		Terazofo 5mg Tabletten	TAB	28	ST	N1	R 3	18,06				5,00	Terazosin 5mg	TEVA GmbH
		Terazofo 5mg Tabletten	TAB	98	ST	N3	R 3	36,64				5,00	Terazosin 5mg	TEVA GmbH
		Terazosin 1A Pharma 2mg	TAB	28	ST	N1	R 3	16,46				5,00	Terazosin 2mg	1 A Pharma GmbH
		Terazosin 1A Pharma 2mg	TAB	84	ST	N3	R 3	28,57				5,00	Terazosin 2mg	1 A Pharma GmbH
		Terazosin 1A Pharma 2mg	TAB	98	ST	N3	R 3	31,31				5,00	Terazosin 2mg	1 A Pharma GmbH
		Terazosin 1A Pharma 5mg	TAB	28	ST	N1	R 3	18,06				5,00	Terazosin 5mg	1 A Pharma GmbH
		Terazosin 1A Pharma 5mg	TAB	84	ST	N3	R 3	33,01				5,00	Terazosin 5mg	1 A Pharma GmbH
		Terazosin 1A Pharma 5mg	TAB	100	ST	N3	R 3	36,64				5,00	Terazosin 5mg	1 A Pharma GmbH
		Terazosin Abz 5mg	TAB	28	ST	N1	R 3	18,06				5,00	Terazosin 5mg	Abz-Pharma GmbH
		Terazosin Acis 10mg	TAB	98	ST	N3	R 3	41,53				5,00	Terazosin 10mg	Acis Arzneimittel GmbH
		Terazosin Acis 2mg	TAB	98	ST	N3	R 3	31,49				5,00	Terazosin 2mg	Acis Arzneimittel GmbH
		Terazosin Acis 5mg	TAB	98	ST	N3	R 3	36,66				5,00	Terazosin 5mg	Acis Arzneimittel GmbH
		Terazosin AL 2mg Tabletten	TAB	28	ST	N1	R 3	23,57				12,09	Terazosin 2mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 2mg Tabletten	TAB	30	ST	N1	R 3	16,90				5,00	Terazosin 2mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 2mg Tabletten	TAB	84	ST	N3	R 3	50,35				26,75	Terazosin 2mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 2mg Tabletten	TAB	98	ST	N3	R 3	56,79				30,30	Terazosin 2mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 2mg Tabletten	TAB	100	ST	N3	R 3	31,92				5,00	Terazosin 2mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 5mg Tabletten	TAB	28	ST	N1	R 3	27,33				14,24	Terazosin 5mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 5mg Tabletten	TAB	30	ST	N1	R 3	18,66				5,00	Terazosin 5mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 5mg Tabletten	TAB	84	ST	N3	R 3	60,59				32,56	Terazosin 5mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 5mg Tabletten	TAB	98	ST	N3	R 3	68,71				37,05	Terazosin 5mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AL 5mg Tabletten	TAB	100	ST	N3	R 3	37,16				5,00	Terazosin 5mg	Alud Pharma GmbH
		Terazosin AWD 2mg	TAB	98	ST	N3	R 3	31,31				5,00	Terazosin 2mg	Awd Pharma GmbH & Co., KG
		Terazosin AWD 5mg	TAB	98	ST	N3	R 3	36,66				5,00	Terazosin 5mg	Awd Pharma GmbH & Co., KG
		Terazosin - CT 2mg Tabl	TAB	28	ST	N1	R 3	16,48				5,00	Terazosin 2mg	CT - Arzneimittel GmbH
		Terazosin - CT 2mg Tabl	TAB	98	ST	N3	R 3	31,31				5,00	Terazosin 2mg	CT - Arzneimittel GmbH
		Terazosin - CT 5mg Tabl	TAB	28	ST	N1	R 3	18,06				5,00	Terazosin 5mg	CT - Arzneimittel GmbH
		Terazosin - CT 5mg Tabl	TAB	98	ST	N3	R 3	36,66				5,00	Terazosin 5mg	CT - Arzneimittel GmbH

PZN: 0016573 Produkt: Terazofo 2mg Tabletten 98 ST N3 Anbieter: TEVA GmbH
ATC-Code: G04CA03 Wirkstoff: Terazosin

Anzeige P in der kleinen Liste Medikamente:

Klicken Sie auf das P, so erscheint folgender Hinweis:



20.4 Krankenkasse bei Verordnung

Anstatt der KassenIK des Patienten wird bei jeder Verordnung für einen HZV-Versicherten eine Pseudo- IK gedruckt. Gespeichert und an das HÄVG Rechenzentrum versendet wird die korrekte KassenIK. Dies ist eine Vorgabe der HÄVG.

20.5 Vereinfachte Wirkstoffsuche

Sie haben die Möglichkeit in ALBIS die vereinfachte Wirkstoffsuche zu aktivieren. Markieren Sie hierzu unter Optionen Patientenfenster auf dem Register Verordnungen im Bereich Optionen Medikamente/Rezept den Schalter Vereinfachte Wirkstoffsuche.

Dies bewirkt, dass wenn Sie z.B. auf dem Rezept einen Wirkstoff eingeben, der auch exakt so existiert, Sie keine Auswahl von weiteren Wirkstoffen erhalten.

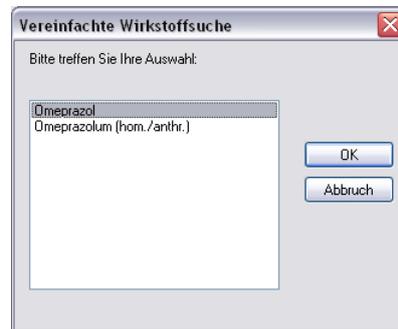
Beispiel:

Suchen Sie ohne gesetzten Schalter nach dem Wirkstoff Omeprazol, so erscheint folgender Auswahldialog:



Suchen Sie hingegen mit aktivierter, vereinfachter Wirkstoffsuche nach dem Wirkstoff Omeprazol, so öffnet sich direkt die ifap Arzneimitteldatenbank, da ALBIS erkennt, dass es sich genau um den Wirkstoff Omeprazol handelt und auch nur nach diesem gesucht wird. Das Ergebnis ist genau das Gleiche, wie wenn Sie ohne gesetzten Schalter den Wirkstoff Omeprazol auswählen und danach suchen.

Geben Sie allerdings nur die Anfangsbuchstaben des Wirkstoffs ein, wie z.B. Omepra so erscheint zur Vereinfachung eine Auswahl der Stammstoffe (ohne Derivate):



Auch hier ist das Ergebnis genau das Gleiche, wie wenn Sie ohne gesetzten Schalter den Wirkstoff Omeprazol auswählen und danach suchen.

Hinweis:

Bitte verwenden Sie die Wirkstoffsuche **F2**, oder die vereinfachte Wirkstoffsuche, um Präparate zu finden, die der **Rabattkategorie grün** entsprechen.

Bitte verwenden Sie die Namenssuche über **F3**, um Präparate zu finden, die der **Rabattkategorie blau** entsprechen.

20.6 Kombinierte, vereinfachte Wirkstoff/Namenssuche

Ab sofort steht Ihnen bei aktivierter vereinfachter Wirkstoffsuche auf dem Rezept über die Funktionstaste F4 die kombinierte, vereinfachte Wirkstoff-/Namenssuche zur Verfügung.

Bisher hatten Sie lediglich die Möglichkeit entweder nach einem Wirkstoff zu suchen (z.B. über die Funktionstaste F2), oder nach einem Namen zu suchen (z.B. über die Funktionstaste F3).

Über die Funktionstaste F4 sind die beiden Suchen (Wirkstoffsuche und Namenssuche) jetzt kombiniert und werden in genau der Reihenfolge durchgeführt. Wird über diese Suche ein Wirkstoff gefunden, so werden nur die Ergebnisse der Wirkstoffsuche aufgelistet. Wird über diese Suche kein Wirkstoff gefunden, so wird direkt ohne weitere Aktion Ihrerseits automatisch die Namenssuche durchgeführt.

Dies ermöglicht Ihnen also über lediglich eine Funktionstaste F4 in einem Schritt einfach nach Präparaten der **Rabattkategorie grün** oder nach Präparaten der **Rabattkategorie blau** zu suchen.

21 Abrechnung

21.1 HZV Abrechnung

Die HZV Abrechnung steht Ihnen über den Menüpunkt Abrechnung Direktabrechnung Vorbereiten... zur Verfügung. Es erscheint folgender Dialog:

Auf diesem Dialog haben Sie die Möglichkeit sowohl die Abrechnungsdaten inkl. Verordnungsdaten zu übertragen

Es stehen Ihnen folgende Möglichkeiten in Bezug auf die Abrechnung zur Verfügung, die wir Ihnen im Folgenden näher erläutern: Prüflauf, Testabrechnung und Abrechnung.

21.1.1 Prüflauf

Selektieren Sie den Prüflauf und bestätigen Sie den Dialog mit ok, so werden Ihre Abrechnungsdaten nur an das „HÄVG Prüfmodul“ gesendet, überprüft und das Ergebnis angezeigt. Es werden **keine** Daten an das Rechenzentrum übermittelt. Die Verordnungsdaten werden nicht an das „HÄVG Prüfmodul“ übermittelt.

21.1.2 Testabrechnung

Selektieren Sie die Testabrechnung, so wird die Abrechnung mit dem Status Testabrechnung an das Rechenzentrum übertragen. Bei der Testabrechnung werden automatisch die Verordnungsdaten mit gesendet (Vorgabe der HÄVG).

21.1.3 Abrechnung

Selektieren Sie Abrechnung, so wird Ihre Abrechnung inkl. Verordnungsdaten endgültig an das Rechenzentrum übertragen.

Bestätigen Sie den Dialog mit OK, so wird der von Ihnen gewünschte Vorgang durchgeführt.

Nachdem Sie eine der o.g. Arten der Abrechnung durchgeführt haben, wird Ihnen automatisch ein Fehlerprotokoll erstellt. Bitte beachten Sie hierzu das Kapitel 10.3 Fehlerprotokoll.

Wurde die Abrechnung erfolgreich durchgeführt, so werden die entsprechenden Scheine und Überweisungsdaten automatisch archiviert.

Wurde die Abrechnung nicht erfolgreich durchgeführt, so werden die entsprechenden Scheine nicht archiviert. Bitte korrigieren Sie die Fehler und versenden Sie die Abrechnungsdaten erneut.

21.1.4 Sammelabrechnung

Um eine Sammelabrechnung durchzuführen, gehen Sie bitte wie folgt vor:

Zu 1) Zunächst wähle Sie bitte den Vertrag aus welchen Sie abrechnen möchten.

Zu 2) Anschließend wählen Sie bitte das Abrechnungsquartal aus.

Zu 3) Nun wählen Sie bitte den Punkt *Sammelabrechnung* aus und selektieren die Betriebsstätte welche Sie abrechnen möchten (bitte beachten Sie, dass hier nur die Betriebsstätten aufgeführt werden, welche auch Ärzte enthalten die den gewählten Vertrag freigeschalten haben).

Zu 4) In diesem Fenster werde alle Erfasser aufgeführt, welche für den gewählten Vertrag freigeschaltet sind und entsprechend in der selektieren Betriebsstätte tätig sind. Durch aktivieren/deaktivieren der Häkchen vor den Erfassern, können Sie wählen welcher Arzt mit in die Sammelabrechnung aufgenommen werden soll.

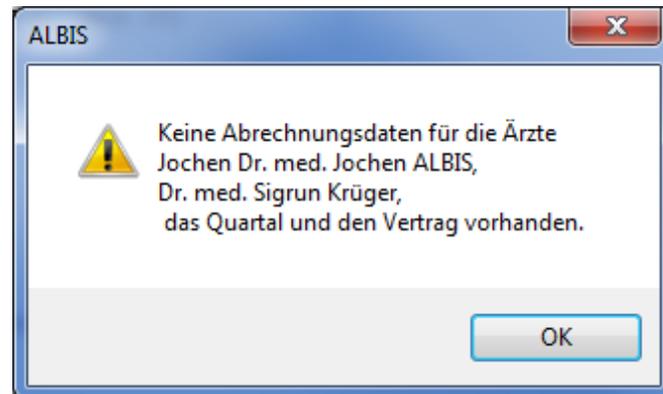
The screenshot shows a dialog box titled "Direktabrechnung vorbereiten" with the following elements:

- Erstellen...:**
 - Abrechnungsdaten und Verordnungsdaten
 - Prüflauf
 - Testabrechnung
 - Abrechnung
- Wichtiger Hinweis:** Bitte führen Sie zur Abrechnung von Nachzüglerscheinen eine gesonderte Quartalsabrechnung durch.
- Dropdown:** AOK FA Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychothe (highlighted with a red box and callout "Siehe „zu 1“")
- GNR-Regelwerkskontrolle
- Listen:**
 - Nein-Scheine
 - Scheine ohne Leistungen
 - Scheine ohne Versicherungsnachweis
 - Scheine ohne Einlesedatum
 - KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein (HzV/FaV)
- Ärzte:**
 - 3/12 (highlighted with a red box and callout "Siehe „zu 2“")
 - Einzelabrechnung ZA HZV BaWü
 - Sammelabrechnung** BSNR: 521111100 KV-Nr: 0 (highlighted with a red box and callout "Siehe „zu 3“")
 - ZA HZV BaWü
 - STAT Status Scanner (highlighted with a red box and callout "Siehe „zu 4“")
- Buttons:** OK, Abbrechen

Wird der Dialog nun mit OK bestätigt, startet die die. Wie Sie es von der Einzelabrechnung gewohnt sind, werden Ihnen jetzt die entsprechenden Listen ausgegeben (Versandliste, Fehlerliste, Fehlerfreiliste usw.) nur mit dem unterschied das jeweils pro gewählten die Listen erzeugt werden.

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass die Sammelabrechnung nur vollständig durchgeführt wird, wenn bei allen gewählten Erfasser auch Abrechnungsdaten vorliegen. Liegen bei einem der gewählten Erfasser keine Abrechnungsdaten vor, erscheint eine Hinweismeldung (wie auch bei der Einzelabrechnung) worin entsprechend die betroffenen Erfasser aufgeführt werden. Die Abrechnung wird dann an dieser Stelle abgebrochen.



Das Verfahren beim Prüflauf und der Testabrechnung ist identisch mit der Abrechnung (siehe zu1 – zu 4)

21.2 Vorquartalscheine (Nachzügler)

Vorquartalscheine (Nachzügler) müssen laut HÄVG in einer eigenen Abrechnung abgerechnet werden.

Aus diesem Grund haben wir für Sie auf dem Dialog Direktabrechnung vorbereitet einen Hinweis implementiert, den wir Sie bitten zu beachten.

Damit Sie ab sofort also z.B. Nachzüglerscheine für Q3/2009, die Sie allerdings in Q4/2009 angelegt haben, abrechnen können, führen Sie für die Abrechnung der Nachzüglerscheine Q3/2009 einfach die Q3/2009 Direktabrechnung durch. Wählen Sie bitte hierzu auf dem Dialog Direktabrechnung vorbereiten im Bereich Ärzte das entsprechende Quartal aus.

Wichtiger Hinweis:

Nachzüglerscheine für das Vorquartal werden also, nicht wie Sie es bei der KV-Abrechnung gewohnt sind, automatisch mit der aktuellen Quartalsabrechnung, sondern müssen getrennt über die Abrechnung des Vorquartals abgerechnet werden.

21.3 Listen für die Abrechnung

Damit Ihnen bzgl. Ihrer HzV Abrechnung eine bessere Auswertmöglichkeit zur Verfügung steht, haben wir zwei Listen für Sie implementiert, die wir Ihnen im Folgenden kurz erläutern.

21.3.1 Liste Nein-Scheine

Markieren Sie im Dialog Direktabrechnung vorbereiten im Bereich Listen den Schalter Nein-Scheine, so wird Ihnen zusätzliche eine Liste aller Patienten ausgegeben, die Nein-Scheine besitzen:

Folgende Patienten mit NEIN-Scheinen vorhanden	
Schlößer, Peter (43), Tel.:	DA-Abrechnu 4/09
Gesamt: 1	

Per Doppelklick auf den entsprechenden Patienten, gelangen Sie, wie in ALBIS gewohnt, auf den entsprechenden Nein-Schein.

21.3.2 Liste Scheine ohne Leistungen

Markieren Sie im Dialog Direktabrechnung vorbereiten im Bereich Listen den Schalter Scheine ohne Leistungen, so wird Ihnen zusätzlich eine Liste aller Patienten ausgegeben, die Scheine ohne Leistungen besitzen:

Folgende Patienten für die Abrechnung 4/2009 haben einen Schein ohne Leistungen

Großburg, Fabian (51), Tel.:	DA-Abrechnu 4/09
Schlößer, Peter (43), Tel.:	DA-Abrechnu 4/09
Gesamt: 2	

Per Doppelklick auf den entsprechenden Patienten, gelangen Sie, wie in ALBIS gewohnt, auf den entsprechenden Schein ohne Leistungen.

21.3.3 Scheine ohne Einlesedatum

Im Bereich **Listen** steht Ihnen die Liste Scheine ohne Einlesedatum zur Verfügung. Markieren Sie diesen Schalter, so wird die Liste bei der HzV Abrechnung automatisch erstellt.

21.3.4 Liste KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein

Auf dem Dialog unter Abrechnung Direktabrechnung vorbereiten wurde die Listenausgabe KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein (HzV/FaV) hinzugefügt.

Direktabrechnung vorbereiten

Erstellen...

Abrechnungsdaten und Verordnungsdaten

Wichtiger Hinweis:
Bitte führen Sie zur Abrechnung von Nachzüglerscheinen eine gesonderte Quartalsabrechnung durch.

Prüfauflauf
 Testabrechnung
 Abrechnung

AOK FA Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychothe

GNR-Regelwerkskontrolle

Listen

Nein-Scheine
 Scheine ohne Leistungen
 Scheine ohne Versicherungsnachweis
 Scheine ohne Einleседatum

KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein (HzV/FaV)

Ärzte

3/12

Einzelabrechnung ZA HZV BaWü
 Sammelabrechnung BSNR: 521111100 KV-Nr: 0

ZA HZV BaWü

OK Abbrechen

Wird die rote markierte Checkbox aktiviert, werden Ihnen alle Patienten aufgelistet, die einen Direktabrechnungsschein angelegt haben, und nicht aktive HzV Teilnehmer in dem Vertrag sind, für den der Direktabrechnungsschein angelegt wurde.

Beispiel:

Direktabrechnungsschein angelegt, Patient ist aber nicht in diesem Vertrag aktiv:

KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein (HzV/FaV) , FA A Dr. med. Arzt A HZV BW 999991101 HZV BW A

FA A Dr. med. Arzt A HZV BW 999991101 HZV BW Arzt A B616123400

Quartal: 2/2012 MEDIVERBUND-ID: 10101010

Bitte beachten Sie, dass Sie vor der Durchführung dieses Laufes mindestens ein Mal die Online-Teilnahmeprüfung über alle Patienten durchgeführt haben.

Für folgende KV-Patienten ist ein Direktabrechnungsschein (HzV/FaV) angelegt
(Doppelklicken Sie auf eine Zeile in der Liste, um zum Schein des Patienten zu springen!)

Patient: Müßgen, Erna (64)
Schein

DA-Abrechnung 2/12 AOK Baden-Württemberg Kardiologie Facharztvertrag

Vertrag	Status	Datum der Online-Teilnahmeprüfung
Hausarztzentrierte Versorgung AOK BW	aktiv	10.06.2012
AOK Baden-Württemberg Kardiologie Facharztver	nicht aktiv	10.06.2012
Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroe	nicht aktiv	10.06.2012

Patient: FA A FA Teet (63)

Hinweis:

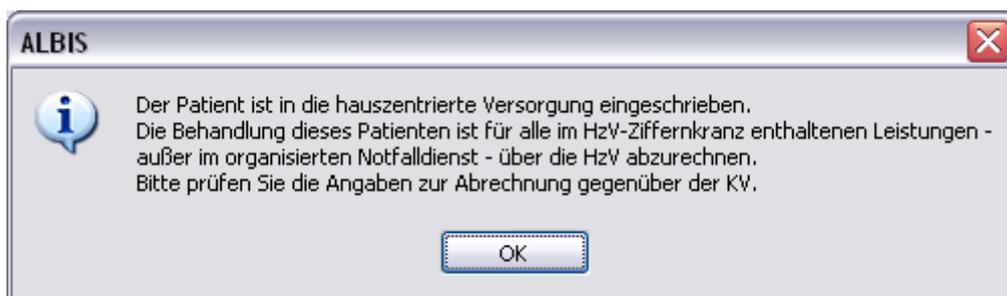
Bitte beachten Sie, dass vor diesem Lauf (min. einmal im Quartal) eine Online-Teilnahmeprüfung durchgeführt wurde, damit gewährleistet ist, dass der Status der Patienten stets aktuell ist.

21.4 KV Abrechnung

Bitte beachten Sie, dass alle Scheine, die über den Schalter Direktabrechnung gekennzeichnet sind, **nicht** in die KV-Abrechnung gelangen.

21.4.1 Meldung beim Anlegen eines KV-Scheins bei einem HzV Patienten

Legen Sie bei einem Patienten mit aktiver Vertragsteilnahme an HzV einen KV Schein an, so erscheint folgende Hinweismeldung:



21.4.2 Liste aller Patienten mit aktiver Vertragsteilnahme und KV-Schein

Ebenfalls haben Sie die Möglichkeit, sich bei der KV-Abrechnung selbst eine Liste aller Patienten erstellen zu lassen, die aktive Vertragsteilnehmer an HzV sind und einen KV-Schein angelegt haben. Bitte markieren Sie hierzu auf dem Dialog Abrechnung KVDT vorbereiten im Bereich **Listen** den Schalter Aktive HzV-Teilnehmer. Daraufhin wird folgende Liste erstellt:

Folgende Patienten sind in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben.

Die Behandlung dieser Patienten ist für alle im HzV-Ziffernkranz enthaltenen Leistungen - außer im organisierten Notfalldienst - über die HzV abzurechnen.
Bitte prüfen Sie die Angaben zur Abrechnung gegenüber der KV.

Hausarztzentrierte Versorgung AOK BW
Schlößer, Peter (43)

Gesamt: 1

21.5 Übermitteln von Verordnungsdaten

Aktuell sind die Verordnungsdaten zwingend mit den Abrechnungsdaten zu versenden (Vorgabe der HÄVG). Aus diesem Grund entfällt der Menüpunkt zum separaten Versenden der Verordnungsdaten.

21.6 Diagnoseprüflauf auf Grundlage von Indikator-Wirkstoffen

Bei der Durchführung einer Test- oder einer Echtabrechnung wird nach Vorgabe der HÄVG ab sofort ein Diagnoseprüflauf auf Grundlage von Indikator Wirkstoffen durchgeführt. Das bedeutet, dass jede Verordnung aus dem aktuellen Quartal daraufhin überprüft wird, ob mindestens eine erwartete endstellige Diagnose dokumentiert wurde.

Wurde keine o.a. Diagnose dokumentiert, so öffnet sich eine extra Liste:

HZVA Dr. med. Arzt A HZV BW 999999901 HZV BW Arzt A B521111100
Quartal: 3/2011 HÄVG-ID:

Bei folgende Patienten werden zu bestimmten ATC Gruppen mindestens eine der folgenden Diagnosen erwartet:

Die Medikation des Versicherten deutet auf eine bestimmte Krankheit bzw. Diagnose hin (z.B. Insulin auf Diabetes mellitus).
In diesem Fall konnte in der Dokumentation keine passende Diagnose ermittelt werden.
Bitte überprüfen Sie die Diagnosen und deren Kodierung.

Schlößer, Peter (43), Tel.: 3/2011
Medikation:A10B
Diagnosen:
E10.01
E10.11
E10.20
E10.21
E10.30
E10.31
E10.40
E10.41
E10.50
E10.51

In der Liste sehen Sie den entsprechenden ATC Code, der überprüft wurde und die erwartenden Diagnosen.

21.7 Abrechnungsprotokolle Archivieren

Sie haben ab sofort die Möglichkeit, dass Sie sich die Abrechnungsprotokolle (Versandliste Abrechnung, Fehlerliste Abrechnung, Versandliste Verordnungen, Fehlerliste Verordnungen, Fehlerfrei-Liste) automatisch archivieren lassen können. Gehen Sie hierzu in ALBIS über den Menüpunkt Optionen HzV im Bereich **Abrechnung**. Aktivieren den Schalter Abrechnungsprotokolle archivieren. Sobald Sie diesen Schalter gesetzt haben, werden die Abrechnungsprotokolle in dem Verzeichnis:
ALBISWIN\HZVDT\Quartal\Erfasser<ID>\<Vertragskennzeichen> jeweils in Verzeichnissen der Erstellung der Abrechnung erstellt.

Der Aufbau dieser Verzeichnisse ist wie folgt: JJJJ-MM-TT_HH-MM-SS

JJJJ = Jahr (Beispiel 2013)

MM = Monat (Beispiel 09)

TT = Tag (Beispiel 03)

HH = Stunde (Beispiel 19)

MM = Minute (Beispiel 56)

SS = Sekunde (Beispiel 54)

Haben Sie also am 03.09.2013 um 19:56 und 54 Sekunden eine HzV Abrechnung durchgeführt, so sieht das Verzeichnis wie folgt aus:

2013-09-03_19-56-54

Wichtiger Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass Sie die Dateien bei aktivierter Archivierung selbstständig sichern und löschen und dabei den noch zur Verfügung stehenden Speicherplatz Ihrer Festplatte im Auge behalten. Bei den erzeugten Dateien handelt es sich zwar lediglich um Textdateien im Kilobyte Bereich, dennoch kann hier über einen gewissen Zeitraum, je nachdem, wie häufig die Abrechnung durchgeführt wird, zusätzlicher Festplattenplatz in Anspruch genommen werden.

22 Asynchrone Leistungen

Analog zu der KV Abrechnung werden, nachdem eine Direktabrechnung (Prüflauf, Testabrechnung, Echtabrechnung) durchgeführt wurde, im Anschluss die Asynchronen Leistungen in folgendem Dialog angezeigt.

Patient: Mediv, Kardiologie (141), Direktabrechnungsschein vom 19.03.2011

Scheindiagnosen

Asynchrone Leistungen
Leistungen der Karteikarte

Arzt	Datum	GO-Nr.	An...	Leistungstext
ZA	19.03.2011	89105B	1	Hepatitis A - letzte D
ZA	19.03.2011	A11	1	Stressecho als Auftra

Synchrone Leistungen

Arzt	Datum	GO-Nr.
ZA	19.03.2011	80030N

Leistungen der Scheinrückseite

Arzt	Datum	GO-Nr.	An...	Leistungstext
ZA	19.03.2011	89104B	1	Haemophilus influen
ZA	19.03.2011	A10	1	Spiroergometrie als A

Synchronisieren Überspringen Abbrechen

Per Doppelklick auf die entsprechenden Ziffern können Sie festlegen welche die korrekten sind und in die Abrechnung übernommen werden sollen. Wird anschließend der Druckkopf Synchronisieren betätigt, werden die Ziffern entsprechend auf der Scheinrückseite und in der Karteikarte synchronisiert.

23 Statistiken / Protokolle

In Bezug auf den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg stehen Ihnen folgende Statistiken / Protokolle zur Verfügung:

- Ziffernstatistik
- Kontrollliste
- Fehlerprotokoll
- Versandbericht
- Abrechnungshistorie
- Scheinzahlliste

23.1 Ziffernstatistik

In dieser ALBIS Version haben wir die Ziffernstatistik erweitert. Sie haben jetzt die Möglichkeit, KV- und Direktabrechnungsziffern in einer Statistik auszuwerten.

Bitte wählen Sie im Bereich Abrechnungsart den Druckknopf KV- und Direktabrechnung. In der tabellarischen Übersicht werden Ihnen Ziffern der KV- und Direktabrechnung, gemischt und in numerischer Reihenfolge angezeigt. Siehe folgende Abbildung:

ALBIS – Facharztvertrag NPPP AOK Baden-Württemberg

erstellt am 19.07.2012, um 09:15 Uhr

Zeitraum: von 01.07.2012 bis 19.07.2012
 Abrechnungsart: Scheine der Kassen- und Direktabrechnung zusammen
 Ärzte: FANPPP; Praktischer Arzt-Hausarzt

Ziffernstatistik

Ausgabe:
 - Ziffern numerisch
 - Kassengruppen "gesamt"

Anzahl berücksichtigter Fälle: 2

GO-Nr.	Anzahl gesamt	Ertrag	Euro EBM Betrag
00000	1		
00005	1		12.50 E
01720	1	1005 P	35.22 E
01745	1		25.00 E
03111	1	880 P	30.84 E
32055	1	2.05 E	2.05 E
32058	1	0.25 E	0.25 E
80030	1		
89102A	1		
99117	1		
99139	1		
999999	1		

Gesamt: 1885 Punkte
 Gesamt: 2.30 Euro
 Euro EBM Gesamt: 105.86 Euro
 Durchschnittlicher Euro Betrag pro Schein: 21.17 Euro
 **** Ende ****

23.2 Kontrollliste

Zur Abrechnungsvorbereitung steht Ihnen die Kontrollliste zur Verfügung. Sie erstellen diese, in dem Sie über den Menüpunkt Statistik Tagesprotokoll den Dialog Tagesprotokoll aufrufen:

Tätigen Sie die Einstellungen, wie auf dem Dialog zu sehen. Den Zeitraum können Sie frei wählen, ebenfalls den Arzt, für den Sie die Kontrollliste erstellen möchten.

23.3 Fehlerprotokoll

Nachdem Sie eine Abrechnung durchgeführt haben, erscheint automatisch das Fehlerprotokoll:

```
BWJA Jochen Dr. med. Jochen ALBIS 123456700 Dr. med. Jochen ALBIS B531111100
Quartal: 4/2009 HÄVG-ID: 12345

Achtung - die Abrechnung enthält Fehler oder sie ist nicht vollständig. Das Versenden der Abrechnung wurde abgebrochen.

-----

Abrechnungsfertigstellung: 2009-12-23T10:16:15.1749262+01:00 Vorgangstatus: Ungültig Status: OK
Kindt, Benjamin (13), 2005-10-02
Leistungen:
396 BWJA 2009-10-21T00:00:00 0002 Behandlungspauschale P2
397 BWJA 2009-10-21T00:00:00 0006 Zuschlag bei der Mitbehandlung chronisch kranker Patienten P3a
Diagnosen:
1 2009-10-21T00:00:00 Meniskusganglion: mehrere Lokalisationen, G. (M23.00G)

Fehlerliste:
LeistungsId:
Fehler: Praxisgebuehren: Praxisgebuehren - Es wurde keine Angaben zur Praxisgebühr übermittelt.
LeistungsId:
Fehler: Ueberweisungen: Ueberweisung An - Es wurde kein Wert für 'Überweisung an' übermittelt.

Patient hat keinen aktuell gültigen Praxisgebührstatus.
Bei Abrechnung der Leistung P3(0003) oder P3a(0006) muss mindestens eine abrechnungsfähige Dauerdiagnose vorhanden sein.
```

Wie gewohnt, können Sie über einen Doppelklick den entsprechenden Patienten öffnen und die evtl. vorhandenen Fehler korrigieren.

Das Feld Vorgangstatus in der Liste informiert Sie über den Status der Abrechnung, also, ob sie erfolgreich durchgeführt werden konnte, oder ungültig ist.

Bitte korrigieren Sie die Fehler und führen Sie den Prüflauf erneut durch, bis die Abrechnung fehlerfrei ist. Sie erkennen dies daran, dass keine Fehler mehr aufgelistet sind und der Versandstatus nicht übermittelt ist.

23.4 Versandliste

Nachdem Sie die Abrechnung fehlerfrei durchgeführt haben, speichern Sie diese bitte bei geöffneter Versandliste, über den Menüpunkt Patient Speichern unter. Vergeben Sie bitte als Dateinamen einen eindeutigen Namen, unter dem Sie die entsprechend Liste zu einem späteren Zeitpunkt jederzeit über den Menüpunkt Patient Datei anzeigen wieder aufrufen und auch jederzeit drucken können.

23.5 Abrechnungshistorie

Die Abrechnungshistorie erstellen Sie über den Menüpunkt Statistik Tagesprotokoll:

Tätigen Sie die Einstellungen, wie auf dem Dialog zu sehen. Den Zeitraum können Sie frei wählen, ebenfalls den Arzt, für den Sie die Abrechnungshistorie erstellen möchten. Verlassen Sie diesen Dialog mit OK und Sie haben eine Übersicht aller in dem angegebenen Zeitraum abgerechneten Leistungen.

23.6 Scheinzahlliste für Direktabrechnungsscheine

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit, die Scheinzahlstatistik zwischen KV- und Direktabrechnungsscheinen differenziert auszuwerten.

Hierzu gehen Sie bitte über den Menüpunkt Statistik Leistungsstatistik EBM 2000plus Scheinzahlliste und setzen per Doppelclick der Maus den Punkt bei Direktabrechnung:

Die Auswahlmöglichkeit der auszuwertenden Scheinzahlstatistik über Betriebsstätte bzw. Arzt ist für die Auswertung der Direktabrechnungsscheine ebenso gegeben wie bei Auswahl der Option „KV-Abrechnung“.

Scheinzahlen

"Nein"-Scheine: 0

1.) Getrennt nach Kassengruppen und Versichertenstatus

Patient	Neuzugänge	Scheine gesamt exkl. Beleg/ stat.	Abrechnungs- Scheine	Überweisungen gesamt exkl. stat.	Notfall-/Vertreter- Scheine
PK Mitglieder	2	2	0	1	1
PK Angehörige	0	0	0	0	0
PK Rentner	0	0	0	0	0
PK Gesamt	2	2	0	1	1
EK Mitglieder	0	0	0	0	0
EK Angehörige	0	0	0	0	0
EK Rentner	0	0	0	0	0
EK Gesamt	0	0	0	0	0
SKT Mitglieder	0	0	0	0	0
SKT Angehörige	0	0	0	0	0
SKT Rentner	0	0	0	0	0
SKT Gesamt	0	0	0	0	0
GESAMT:	2	2	0	1	1

23.7 Medikamentenstatistik mit Anzeige der Rabattkategorie

Rufen Sie über das ALBIS Menü Statistik Medikamenten- und Verordnungsstatistik die Medikamentenstatistik auf und wählen im Bereich **Verträge** einen HzV / FA Vertrag aus, so werden Ihnen rechts neben den Verordnungen ab sofort die Rabattkategorien angezeigt:

Krankenkasse: RVO/EK

Medikament	Rabatt kategorie	Preis in EUR
Estragest Its Novartis Pharma SST PFT N1	Keine	18.84
Keppra 250mg UCB 100ST FTA N2	Blau	107.09
Keppra 500 mg UCB 50ST FTA N1	Blau	107.09
Metoprololsu dura 47.5mg Mylan dura 30ST	Keine	11.67
Xusal UCB 50ST FTA N2	Rot	43.11
Summe		

23.8 Medikamentenstatistik mit Auswertung der Verordnungen nach Rabattkategorien

Rufen Sie über das ALBIS Menü Statistik Medikamenten- und Verordnungsstatistik die Medikamentenstatistik auf und wählen im Bereich **Verträge** einen HzV / FA Vertrag aus, so wird Ihnen, je nach Einstellung, die Auswertung der Verordnungen nach Rabattkategorien angezeigt:

2. Auswertung Verordnungen nach Rabattkategorien

Rabattkategorie	Anzahl	Betrag in €	Anzahl in %	Betrag in %
Rot	5	215.55	31.25	36.40
Grün	0	0.00	0.00	0.00
Orange	0	0.00	0.00	0.00
Blau	2	214.18	12.50	36.17
GrünBerechnet	0	0.00	0.00	0.00
Keine	9	162.39	56.25	27.43
Summe	16	592.12		

24 Menüpunkt Optionen HZV

Unter Optionen HZV öffnet sich ab sofort folgender Dialog:

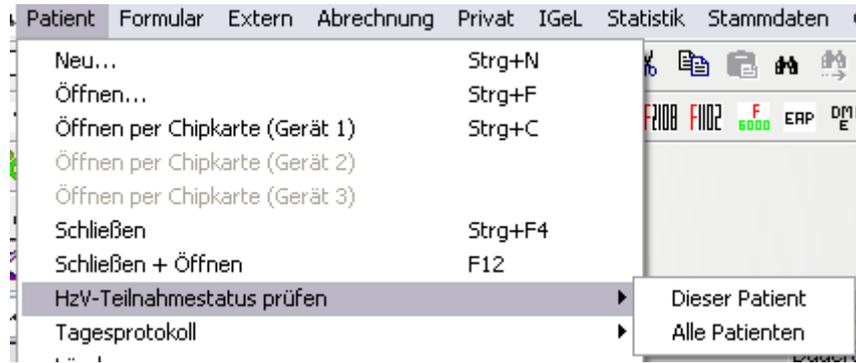


In dem Bereich **Arztwahldialog** können Sie folgende Einstellungen vornehmen:

1. Bei Aktivierung des Schalters **Online-Teilnahmeprüfung (nur bei geöffnetem Patienten)** erscheint bei Betätigen des Buttons für die Online Teilnahmeprüfung in der Symbolleiste  nun zuerst die Artauswahl
2. Bei Aktivierung des Schalters **Passivscanner (nur bei geöffnetem Patienten)** erscheint bei Betätigen des Buttons  für die IV Einschreibeübersicht(Passivscanner) nun zuerst die Artauswahl

In dem Bereich **Online-Teilnahmeprüfung** können Sie folgende Einstellung vornehmen:

1. Bei Aktivierung des Schalters **nur rückwirkend bis** können Sie den Zeitraum festlegen, indem der Batchlauf (Prüfung aller geeigneten Patienten für alle freigeschalteten Onlineverträge) durchgeführt werden soll in folgendem Format: DD.MM.JJJJ.
 - Den Batchlauf können Sie über den Menüpunkt **Patient/ HZV** **Teilnahmestatus** ausführen. Haben Sie keinen Patienten geöffnet wird nach der Bestätigung automatisch die Prüfung aller geeigneten Patienten für alle freigeschalteten Onlineverträge durchgeführt. Bei geöffnetem Patienten haben Sie zwei Möglichkeiten: Die Prüfung aller Patienten oder nur des geöffneten Patienten



2. Bei Aktivierung des Schalters bei Chipkarte einlesen wird der Teilnahmestatus von geeigneten Patienten bei jedem einlesen einer Chipkarte geprüft.