



Arztinformationssystem

**Facharztvertrag
Orthopädie
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	8
1.2	Aktivierung der HZV-Funktionalität in ALBIS	9
2	Arztdaten- Verwaltung.....	10
2.1	Eingabe der MEDIVERBUND-ID	10
2.2	Aktivierung der Arzt-Vertragsteilnahme	13
2.3	Handling in Praxisgemeinschaften	15
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	19
5.2	Synonyme für HzV Leistungen	19
5.3	Farben für HzV Leistungen	19
6	Prüfung auf Kassenwechsel eines Patienten	20
7	Scheinanlage (HZV Schein) – neuer Scheintyp	20
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	29
10.4	Überprüfung M2Q Kriterium	30
10.5	Kodierhilfen	31
10.5.1	<i>Hinweis zu .9-Diagnosen</i>	31
10.5.1	<i>Hinweis bei der Dokumentation von "Zustand nach"-Diagnosen</i>	31
10.5.2	<i>Kodierhilfe Akutdiagnosen mit "Zustand nach"-Vermerk und Hinweis</i>	33
10.5.3	<i>Deaktivieren der Kodierhilfen</i>	34
10.5.4	<i>Hinweis und Kodierhilfe bei der Dokumentation von unspezifischen Diagnosen</i>	35
11	Chroniker.....	36

11.1	Kennzeichnung	36
11.2	Überprüfung auf nicht abgerechneten Chroniker-Zuschlag	36
12	Heilmittel.....	36
12.1	Formular 13a	36
12.2	Folgeverordnung ohne Erstverordnung	42
12.3	Patientenverordnungshistorie	42
12.4	Gesamtverordnungshistorie	44
13	Formular Muster 14 (Heilmittelverordnung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	45
13.1	12.2 Patientenverordnungshistorie	45
13.2	12.3 Gesamtverordnungshistorie	46
14	Formular Muster 18a HMV Ergotherapie	46
15	Muster 6	48
16	Muster 10 und Muster 10a	48
17	Muster 16	48
18	HzV- und KV-Zuordnung von Verordnungen und Diagnosen auf einen Blick	48
19	Verordnungen.....	49
19.1	Verordnen mit dem ifap praxisCENTER 3	49
19.1.1	<i>Einstellungen</i>	49
19.1.1.1	<i>Einstellungen in ALBIS</i>	49
19.1.1.2	<i>Einstellungen im ifap praxisCENTER.....</i>	49
19.1.2	<i>Arzneimittlempfehlung</i>	49
19.1.3	<i>Kennzeichnung von PIM Präparaten</i>	50
19.1.4	<i>Krankenkasse bei Verordnung</i>	51
19.1.5	<i>Aut-Idem</i>	51
19.1.6	<i>Kombinierte Wirkstoff/Namenssuche</i>	51
19.2	Anzeige der Arzneimittel mit der Rabattkategorie Grün und Blau in der ifap Arzneimitteldatenbank	51
19.3	Kennzeichnung von PIM Präparaten	52
19.4	Krankenkasse bei Verordnung	55
19.5	Kombinierte, vereinfachte Wirkstoff/Namenssuche	55
20	Abrechnung	56
20.1	HZV Abrechnung	56
20.1.1	<i>Prüflauf</i>	57
20.1.2	<i>Testabrechnung</i>	57

20.1.3	Abrechnung	58
20.1.4	Sammelabrechnung	58
20.2	Vorquartals Scheine (Nachzügler)	60
20.3	Listen für die Abrechnung	60
20.3.1	Liste Nein-Scheine	60
20.3.2	Liste Scheine ohne Leistungen	61
20.3.3	Scheine ohne Einlesedatum	61
20.3.4	Liste KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein	61
20.4	KV Abrechnung	63
20.4.1	Meldung beim Anlegen eines KV-Scheins bei einem HzV Patienten	63
20.4.2	Liste aller Patienten mit aktiver Vertragsteilnahme und KV-Schein	63
20.5	Übermitteln von Verordnungsdaten	64
20.6	Diagnoseprüflauf auf Grundlage von Indikator-Wirkstoffen	64
20.7	Abrechnungsprotokolle Archivieren	65
21	Asynchrone Leistungen	66
22	Statistiken / Protokolle	66
22.1	Ziffernstatistik	67
22.2	Kontrollliste	68
22.3	Fehlerprotokoll	69
22.4	Versandliste	69
22.5	Abrechnungshistorie	69
22.6	Scheinzahlliste für Direktabrechnungsscheine	70
22.7	Medikamentenstatistik mit Anzeige der Rabattkategorie	71
22.8	Medikamentenstatistik mit Auswertung der Verordnungen nach Rabattkategorien	71
23	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.

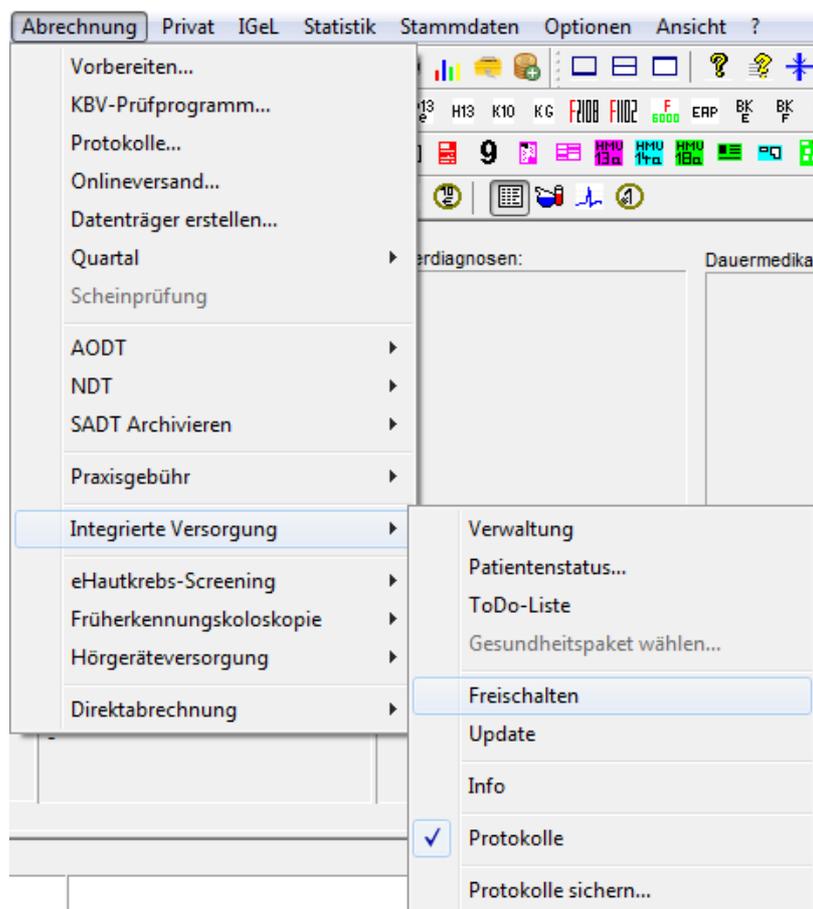
1.1 Vertrag freischalten

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

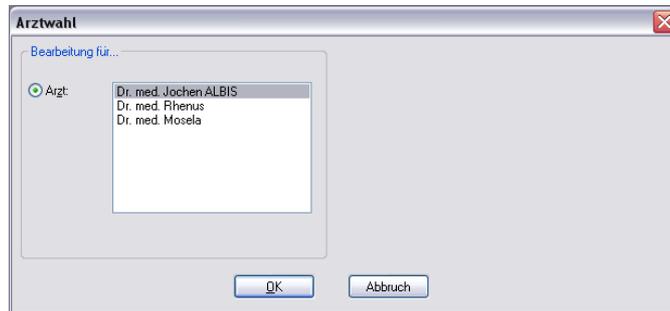
Die Aktivierung des Vertrages durch die Freischaltung kann über zwei Wege erfolgen:

1.1.1 Weg 1

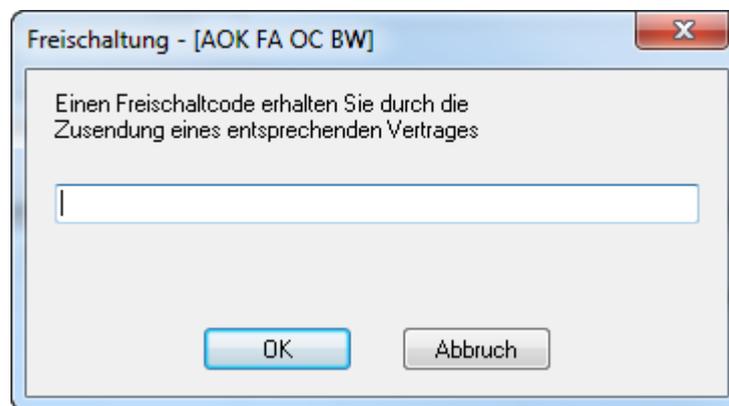
Abrechnung Integrierte Versorgung Freischalten .



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.

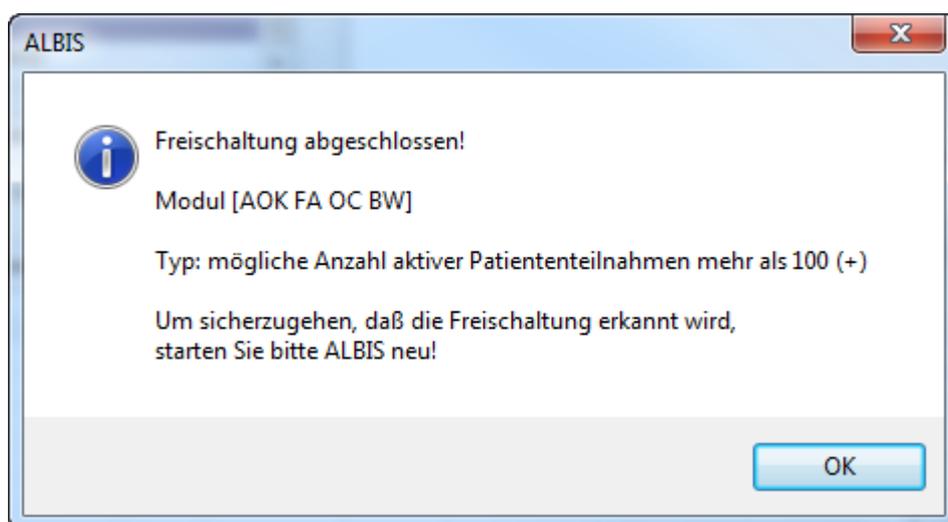


Im Anschluss erscheint das Eingabefenster in dem Ihr persönlicher Freischaltcode eingetragen werden muss.



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

Es erscheint folgende Meldung:

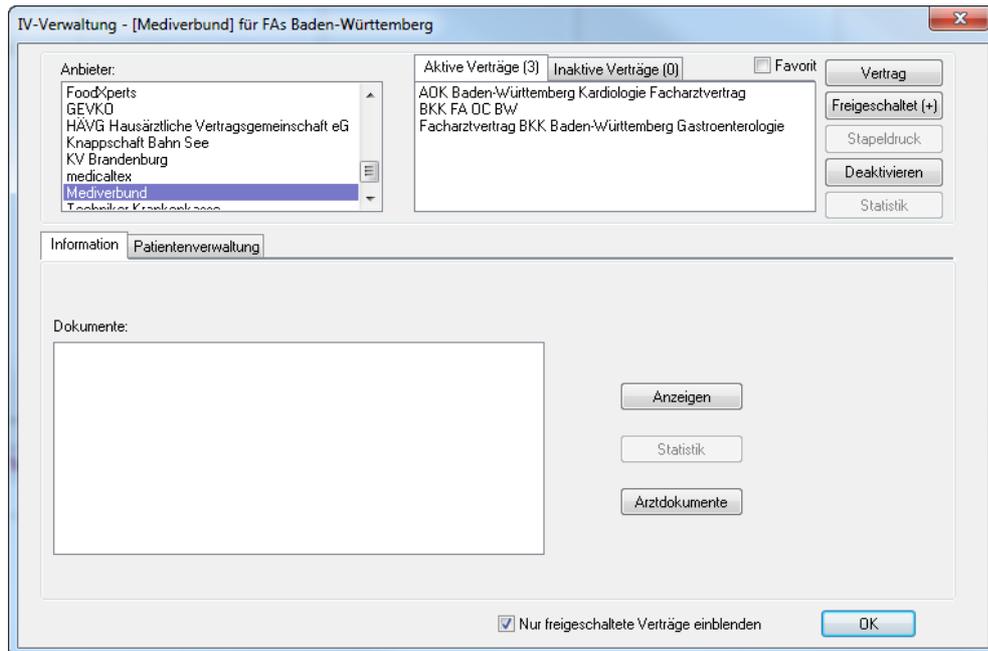


Durch die Aktivierung des Druckknopfes  ist die Freischaltung für das Modul durchgeführt.

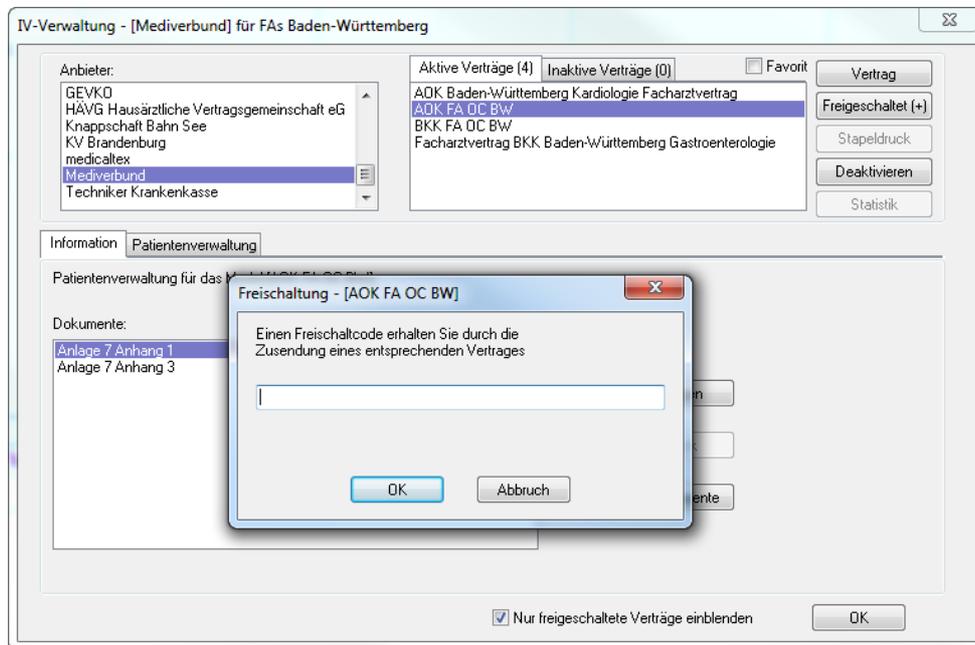
1.1.2 Weg 2

Abrechnung Integrierte Versorgung IV-Verwaltung.

Es erscheint folgender Dialog:

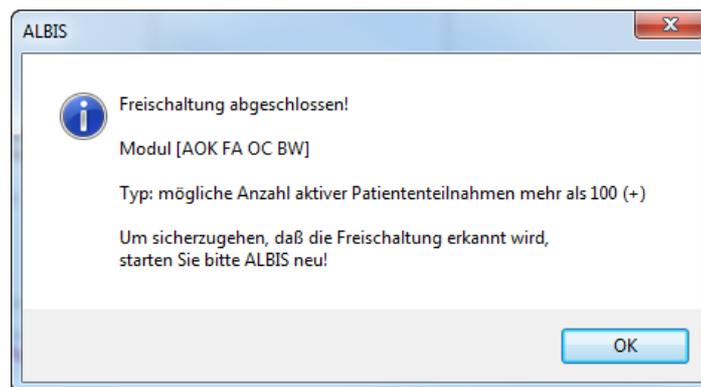


Betätigen Sie den Druckknopf Freischalten und es erscheint der Freischalt-Dialog:



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.

2 Arztdaten- Verwaltung

2.1 Eingabe der MEDIVERBUND-ID

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

Praxisdaten

Übersicht über alle (Haupt-)Betriebsstätten lt. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) ab 01.07.2008 :

Nr.	Bezeichnung der Betriebsstätte(BSNR)	PLZ	Ort	BSNR
93	FAs Ba-Wü	56070	Koblenz	529999999

1. 4.

2.

3.

Praxisdaten (alt) bis 30.06.2008

Praxistyp / Praxisname	PLZ / Ort	KV-/Lizenz-Nummer
PG / Dr. med. Jochen ALBIS	D-83711 Miesbach	1111100, 428099900, 1899999

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

Arztdaten

Sortiert nach
 Name
 Vorname

Baden-Württemberg/FAs

Arztdaten
 GKV und PL
 Ausschl. GKV
 Ausschl. PL
 kein RLV
 Knappschaft

Anrede: Herr m w Titel: _____

Nachname: Baden-Württemberg Zusatz: _____

Vorname: FAs geb.Datum: 19.03.1974

Person-ID: 0 KV Connect Registrierung

Anstellungsverhältnis
 Inhaber Vertragsarztsitz
 Angestellter Arzt
 nicht ärztl. Mitarbeiter
 Zugelassener Arzt
 Assistenzarzt
 Sonstiges

Tätig ab: _____ bis: _____

e-Mail: _____

VCS-Postfach: _____

EMS-User: _____ Archiv-ID: _____ Erweitert

Erfassungseigenschaften z.B. LANR, Erläuterung

Nr.	LANR	Arztname/Erläuterung für ...	von	bis
1	999999901	FAs BaWü		

Erfassungseigenschaften bearbeiten

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.

OK Abbrechen Übernehmen
 Ändern Neu Rückgängig
 Kopieren Löschen CGM LIFE
 Ansicht Zuordnungsdaten

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 Hausärzteverband

Mitglied im Hausärzteverband seit _____

Mediverbund-Daten

Mediverbund-ID _____

Vertragsdaten

Vertrag: AOK FA OC BW

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
93	FAs Ba-Wü	56070	Koblenz	529999999

Praxistyp / Praxisname	PLZ / Ort	KV-/Lizenz-Nummer
PG / Dr. med. Jochen ALBIS	D-83711 Miesbach	1111100, 428099900, 1899999

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

Nr.	LANR	Arztname/Erläuterung für ...	von	bis
1	999999901	FAs BaWü		

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	Mediverbund-Daten
HÄVG ID <input type="text"/>	Mediverbund-ID <input type="text"/>
Mitgliedschaft im Hausärzteverband <input type="checkbox"/>	
Mitglied im Hausärzteverband seit <input type="text"/>	

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:

The screenshot shows a dialog box titled 'Weitere Arztdaten'. It contains the following fields and controls:

- Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN): [Text input field]
- Landesärztekammer Nr. (LAEK): [Text input field]
- Daten zu Verträgen nach §73:
 - HÄVG-Daten:
 - HÄVG ID: [Text input field]
 - Mitgliedschaft im Hausärzterverband:
 - Mitglied im Hausärzterverband seit: [Text input field]
 - Mediverbund-Daten:
 - Mediverbund-ID: [Text input field]
- Vertragsdaten:
 - Vertrag: [Dropdown menu showing 'AOK FA OC BW']
 - Teilnahmebeginn: [Text input field, highlighted with a red border]
 - Teilnahmeende: [Text input field]
 - Vertreterarzt: [Dropdown menu]

Buttons at the bottom: '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 Handling 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 Betreuarzt 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:

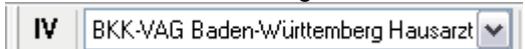


Somit ist die Funktionsleiste eingblendet und lässt sich wie folgt nutzen:

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** 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:



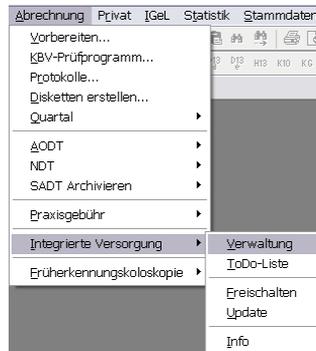
Sobald Sie den Schalter gesetzt haben, wechselt die Funktionsleiste auf das entsprechende Modul:



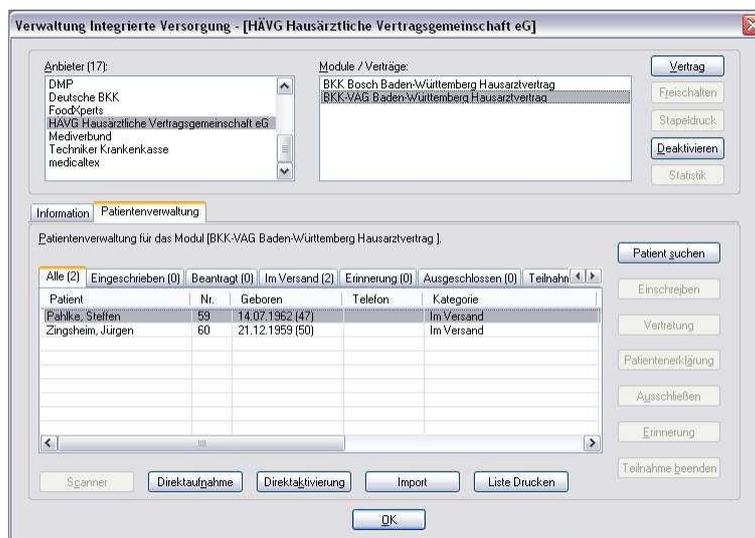
Klicken Sie ab sofort auf den Druckknopf IV, so öffnet sich anschließend der Arztwahldialog. Markieren Sie den entsprechenden Erfasser und bestätigen Sie den Dialog mit OK. Es wird direkt der Dialog IV-Verwaltung mit selektiertem Modul geöffnet, ohne dass Sie noch den Anbieter und das

Modul wählen müssen.

Über den Menüpunkt Abrechnung Integrierte Versorgung Verwaltung und anschließender Auswahl im Arztwahl-dialog 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 **Direktaufnahme** wird eine Patientenliste angezeigt. In dieser Liste werden Ihnen sämtliche Patienten angezeigt, die bei der BKK versichert sind und in den erweiterten Stammdaten im Feld „Letzte Behandlung“ einen Datumseintrag innerhalb der letzten 12 Monate haben:

Einschr.	Patient
<input type="checkbox"/>	Böttcher, Tom
<input type="checkbox"/>	HzV BKK, VAG
<input type="checkbox"/>	HzV BKK, VAG 2
<input type="checkbox"/>	HzV BKK, VAG 3
<input type="checkbox"/>	HzV BKK, VAG 4
<input type="checkbox"/>	Pahlke, Steffen
<input type="checkbox"/>	Zingsheim, Jürgen

3.2.2.1 Einschreiben der Patienten

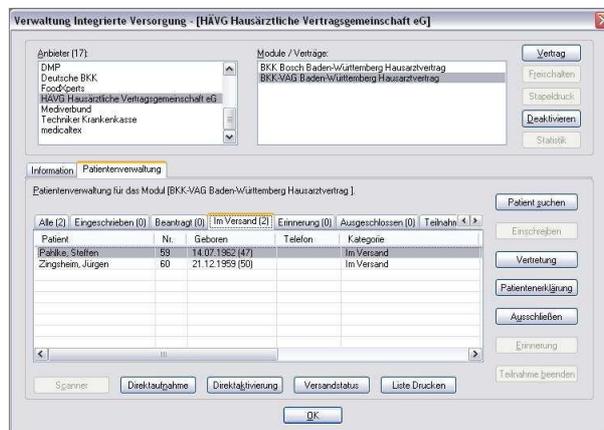
Sie haben die Möglichkeit die Einschreibung von Patienten über die Erinnerung zu beantragen (s. Kapitel 3).

Über die unter Kapitel 3.1.2 beschriebene Liste (Patientendirektaufnahme) können Sie die Einschreibung für Patienten für das HZV BKK 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.

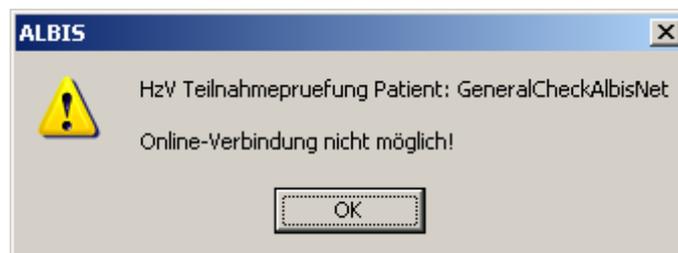
Hier können 3 unterschiedliche Ergebnisse entstehen:

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

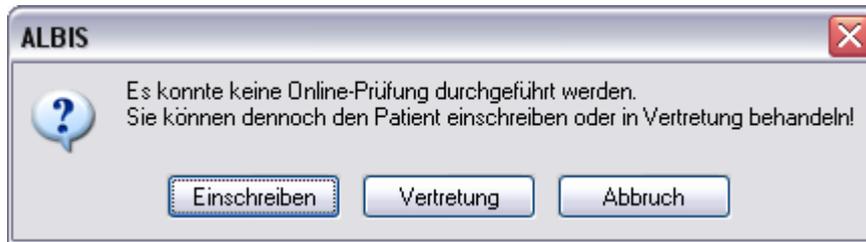
Die wir Ihnen im Folgenden erklären:

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:

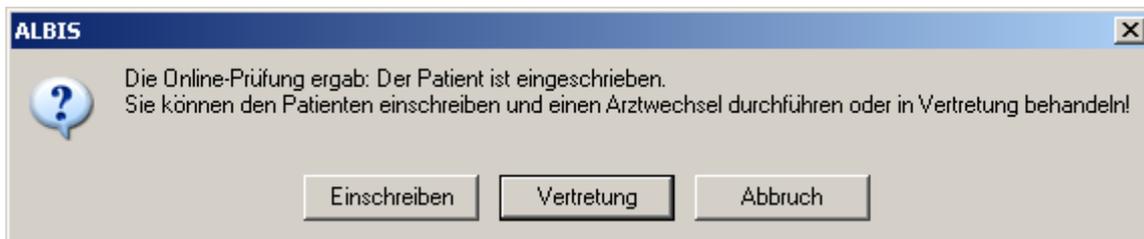


Betätigen Sie den Druckknopf Einschreiben so öffnet sich die Patiententeilnahmeerklärung und Sie können die Einschreibung des Patienten beantragen.

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

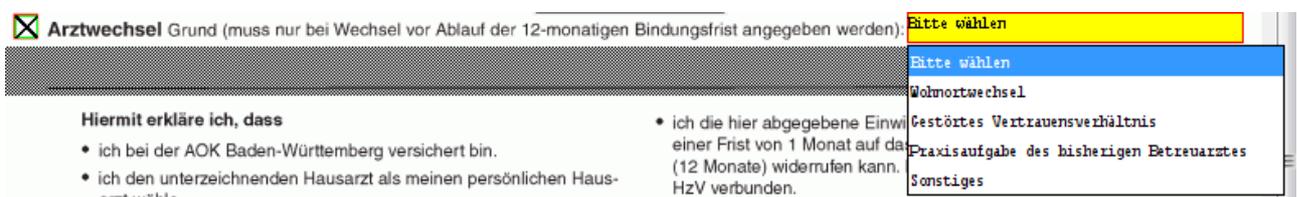
3.2.4.1 Onlineüberprüfung: Der Patient ist bereits eingeschrieben

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.

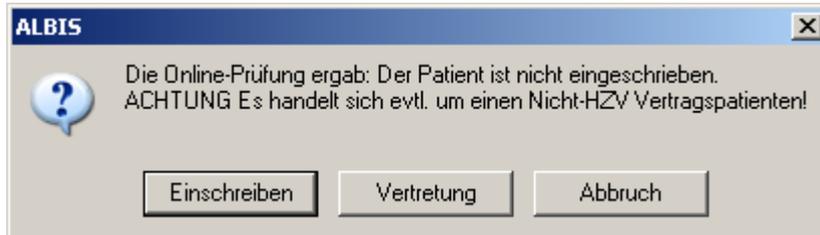
Bitte wählen Sie anschließend einen Wechselgrund aus. Wird der Wechselgrund Sonstiges gewählt, muss zusätzlich ein entsprechender Grund angegeben werden.



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**

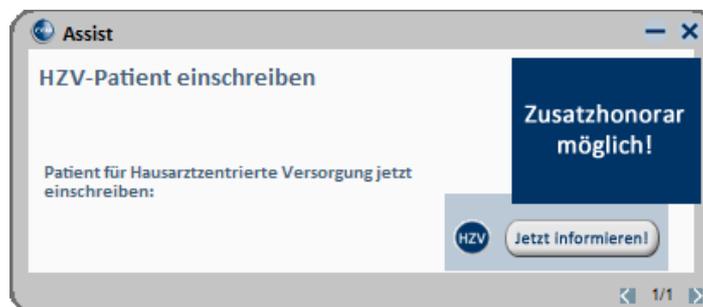
Über diesen Druckknopf haben Sie die Möglichkeit einen Patienten, für den die Teilnahme an dem Vertrag beantragt wurde, einzuschreiben

3.5 **Ausschließen**

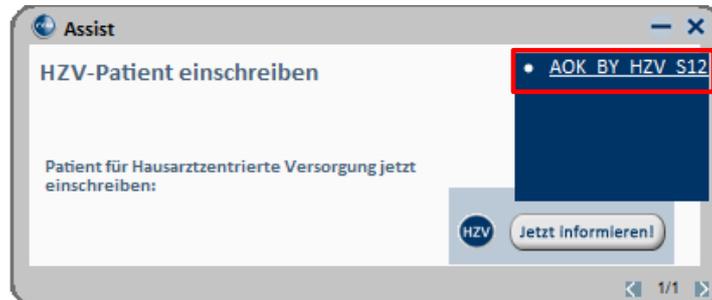
Bei ausgewähltem Filter **Eingeschrieben** haben Sie die Möglichkeit den markierten Patienten direkt auszuschließen. Nach der Betätigung des Druckknopfes **Ausschließen** wird der Patient aus dieser Ansicht entfernt und ist ab sofort in der Ansicht des Filters **Ausgeschlossen** zu sehen.

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 in Bayern:



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.

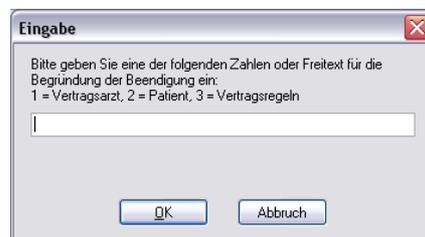
3.7 Vertretung

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.

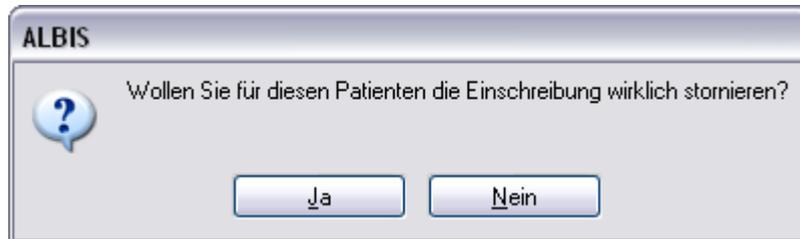
Es erscheint folgender Dialog:



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

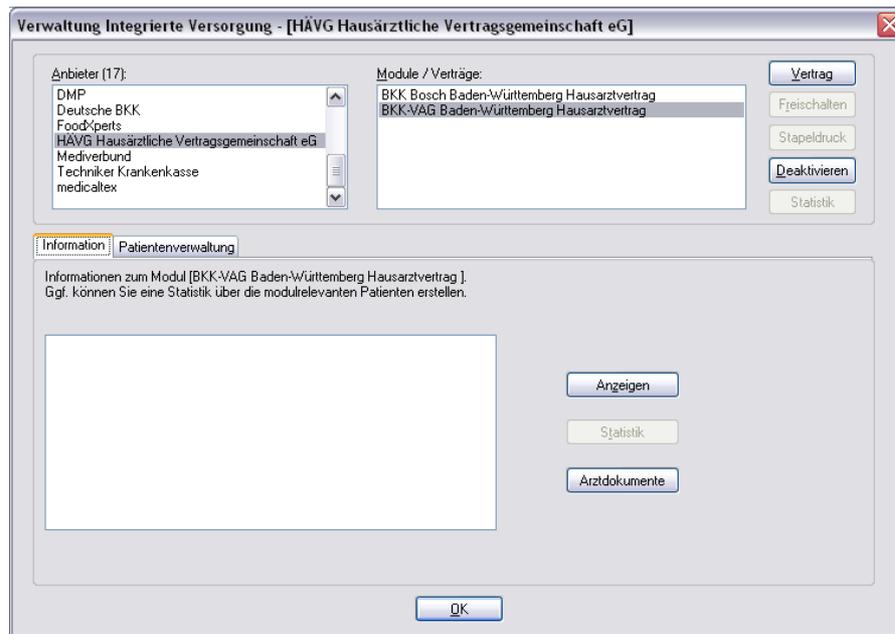
Sie haben die Möglichkeit mit dieser ALBIS Version den Status mehrerer HzV Patienten in der IV- Verwaltung gleichzeitig umzusetzen. Somit haben Sie die Möglichkeit, z.B. mehrere Patienten, die sich im Status beantragt befinden, gleichzeitig einzuschreiben. Öffnen Sie hierzu die IV-Verwaltung, den entsprechenden 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 BKK VAG 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.

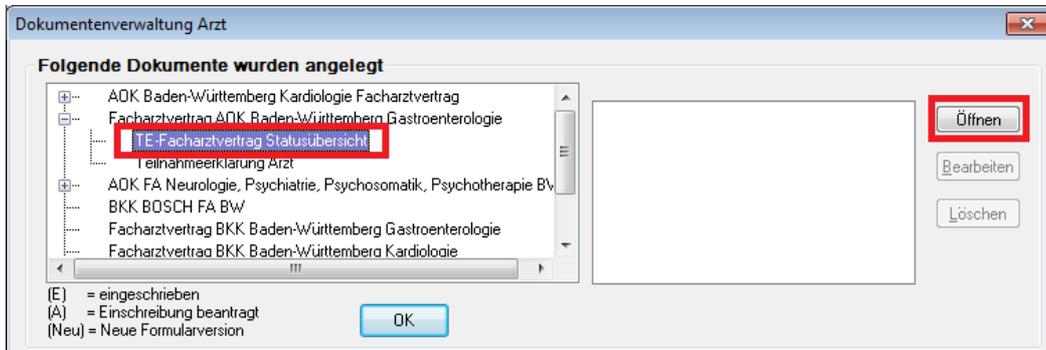
4 Teilnahmeerklärungen ONLINE versenden

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.

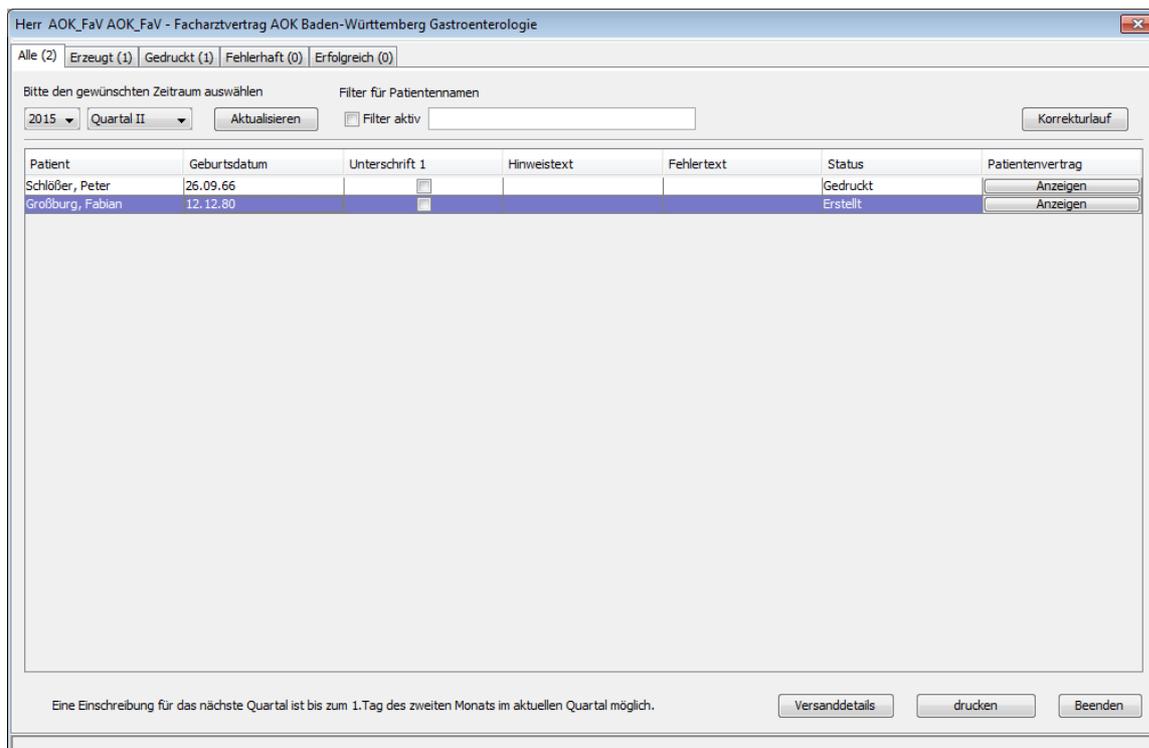
Wählen Sie dazu den Menüpunkt **Abrechnung Integrierte Versorgung Verwaltung**. Wählen Sie dort den Anbieter **MEDIVERBUND** und das entsprechende Vertragsmodul.

The screenshot shows the 'IV-Verwaltung - [Mediverbund] für AOK_FaV AOK_FaV' window. It features a list of providers ('Anbieter') on the left, with 'Mediverbund' selected. To the right, a list of modules ('Module') is shown, with 'Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie' selected. Below the provider and module lists, there are buttons for 'Vertrag', 'Freigeschaltet (+)', 'Stapeldruck', 'Deaktivieren', and 'Statistik'. The 'Information' tab is active, displaying a list of documents ('Dokumente') including 'Anlage 1, Anhang 1: Teilnahmeerklärung FACHARZT'. A red box highlights the 'Arztdokumente' button. At the bottom, there are checkboxes for 'Nur Verträge', 'mit Freischaltung', and 'mit Filter zeigen', along with an 'OK' button.

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:

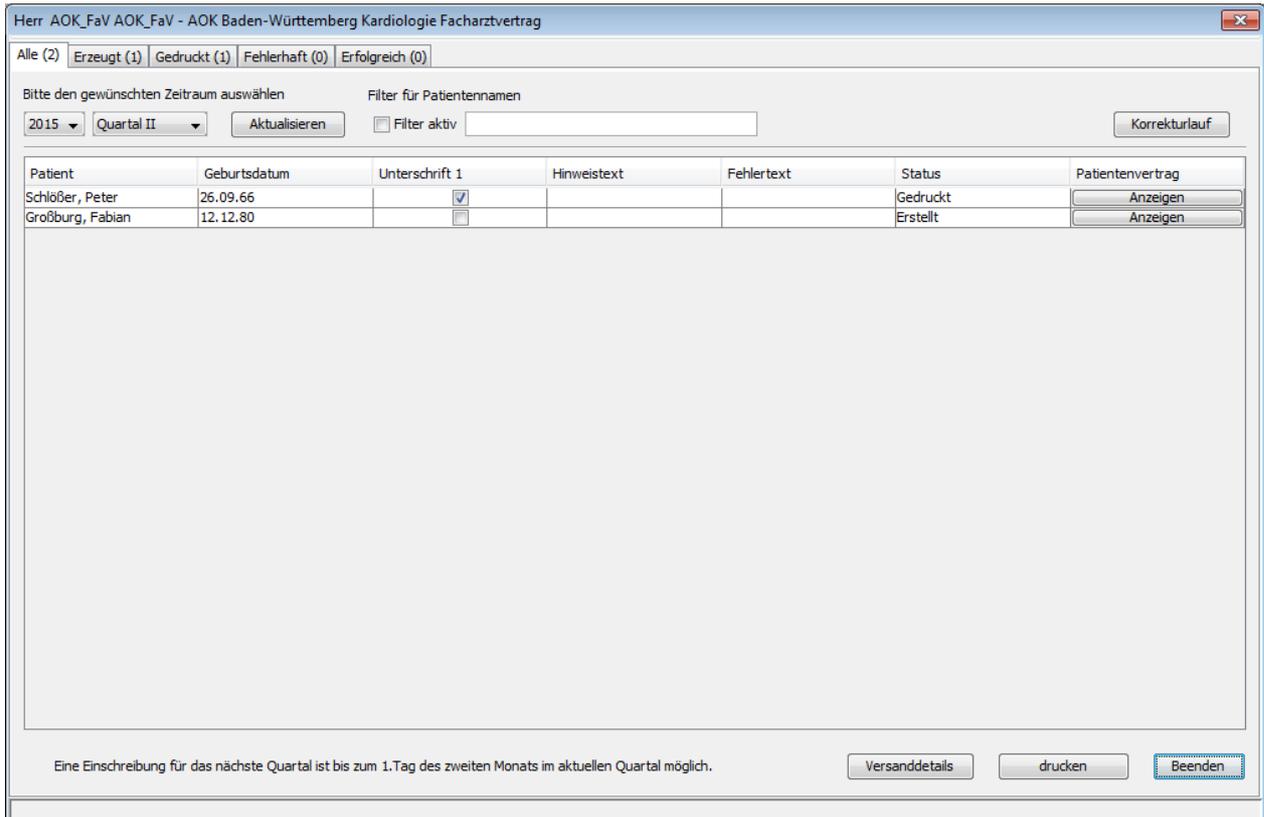
- Alle
- Erzeugt
- Gedruckt
- Fehlerhaft
- Erfolgreich

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:



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:

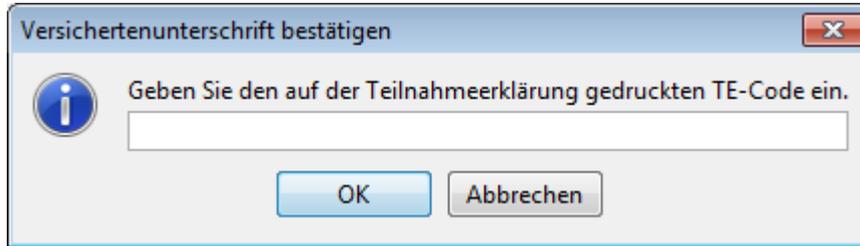
The screenshot shows a software window titled "Herr AOK_FaV AOK_FaV - Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg Gastroenterologie". At the top, there are filter tabs: "Alle (2)", "Erzeugt (1)", "Gedruckt (1)", "Fehlerhaft (0)", and "Erfolgreich (0)". Below the tabs, there are dropdown menus for "Bitte den gewünschten Zeitraum auswählen" (Year: 2015, Quarter: Quartal II) and "Filter für Patientennamen". A "versenden" button is on the right. The main area contains a table with the following data:

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

At the bottom of the window, there are two informational messages: "Die Versicherten-Unterschrift 1 ist Voraussetzung für die HzV-Teilnahme!" and "Die Versicherten-Unterschrift 2 ist für eine optimale Versorgungssteuerung durch die LKK notwendig!". There are also "drucken" and "Beenden" buttons at the bottom right.

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.

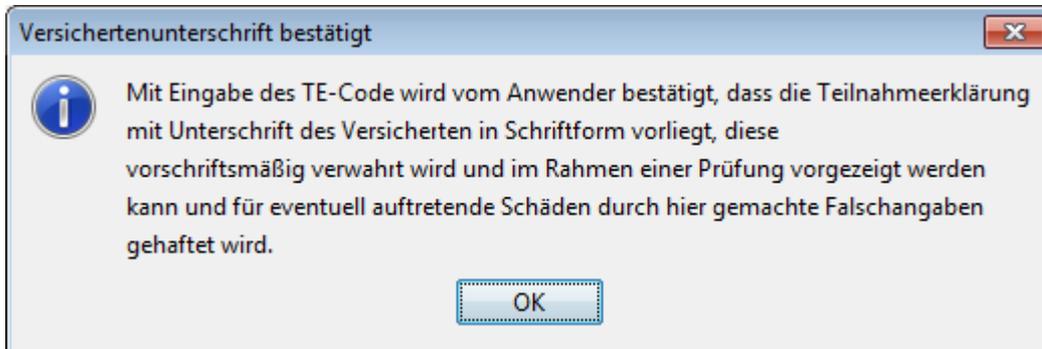
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	/'
T	F	M	W	J	J	J	J	J	J		

<TE-Code:>
4159

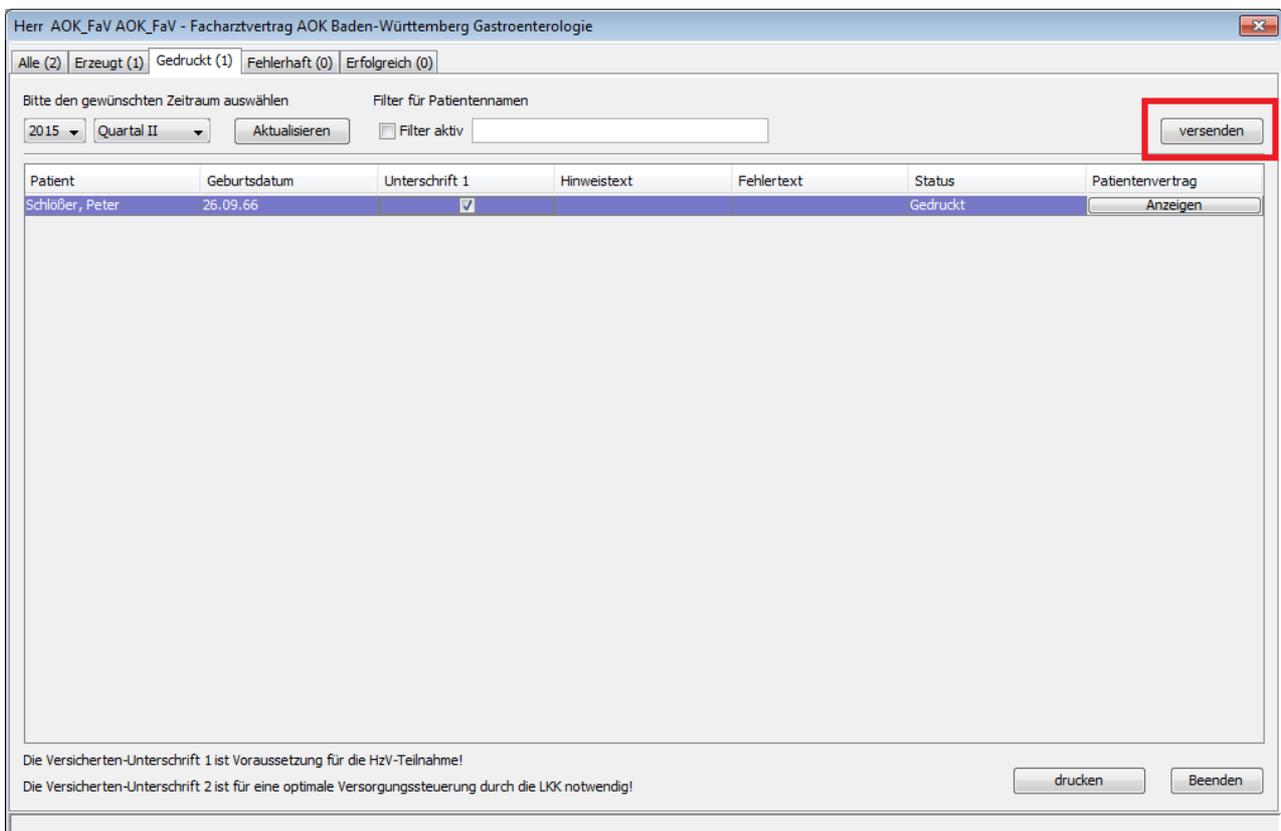
Zmr c AOK_FaV AOK_FaV
 FA.Facharztambulanz-Orthopädie
 LARF: 99 9991 111
 BRF: 63 6323 411
 Post: 70574
 70574 70574

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:

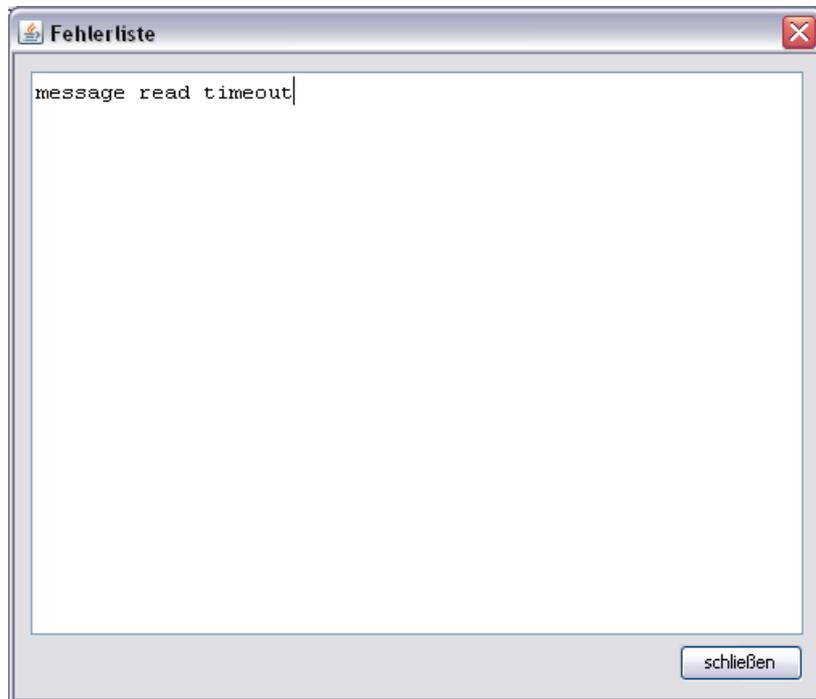
Bitte den gewünschten Zeitraum auswählen

2010 Quartal I Start

Patient	Geburtsdatum	Unterschrift 1	Unterschrift 2	Hinweistext	Fehlertext	Status	Versenden	Fehlerliste	Patientenve...
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

Beenden

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: 2015 | Quartal II | Aktualisieren

Filter für Patientennamen: Filter aktiv

Patient	Geburtsdatum	Unterschrift 1	Hinweistext	Fehlertext	Status	Patientenvertrag
Schlößer, 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:

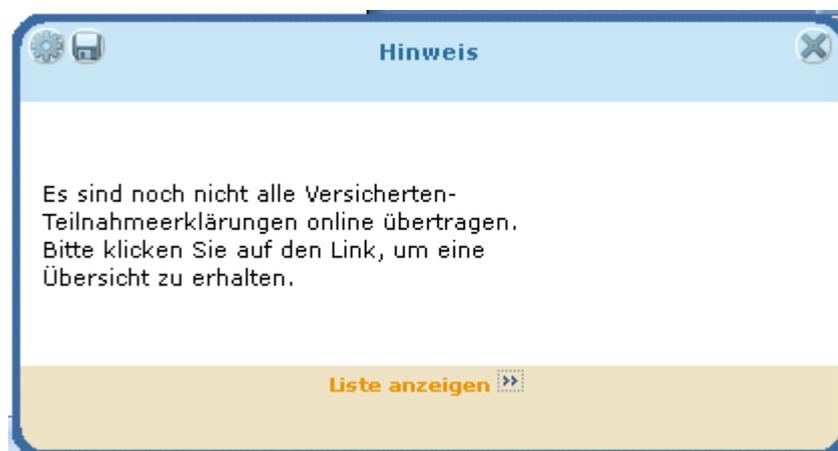


Sobald der Haken gesetzt ist, ist die Funktionsleiste eingeblendet und lässt sich wie folgt nutzen:

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.

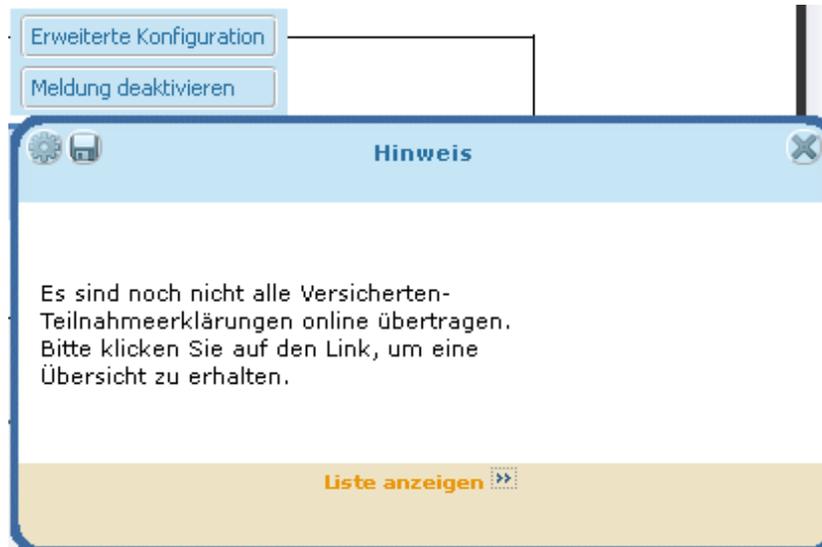
4.7 Hinweismeldung beim Starten von ALBIS

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 (s. Kapitel 3.2.2 Arztdokumente (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 Facharztvertrag 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:

Neuen Schein für <Albinus, Sarah> aufnehmen

Scheintyp

Direktabrechnung AOK FA OC B'W

Abrechnungsschein Kurativ Präventiv "Nein"-Schein

Überweisungsschein

Belegarztschein

Notfall-/Vertretungsschein

Privatrechnung

BG

SADT-Schwangerschaftsabbruch

Abrechnungsschein Überweisungsschein Belegarztschein

KVK-Daten

fehlt., 00, AOK Baden-Württemberg

Schein-Daten

Einlesetag: Gültigkeit: 12/20

Status: 1000 West

Zulassungsnr. KVK-Leser:

Chipkarte einlesen Ersatzverfahren

Patient wünscht Quartalsquittung

Hauptversichertendaten in Abrechnung übernehmen

IK: 1520103 VKNR: 02602 Kasse: DAK GESUNDHEIT

Status: M Vers.-Nr.: 123456789

Kostenträger-Abrech.bereich: 00 Primärabrechnung

SKT Zusatz:

SKT Abrech. Info:

Zuordnung: JA Dr. med. Jochen Al Ausstellung: Gültig von: 01.01.2014 bis: 31.03.2014

Unfall, Unfallfolgen

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

OK Abbruch

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

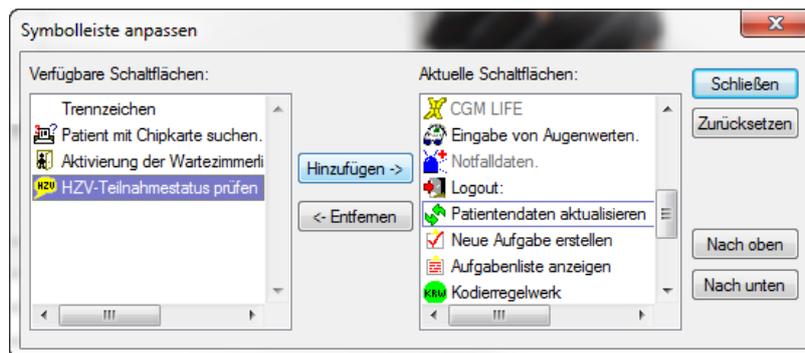
Ihnen folgende Möglichkeiten der Online Teilnahmeprüfung von Patienten zur Verfügung:

- 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:

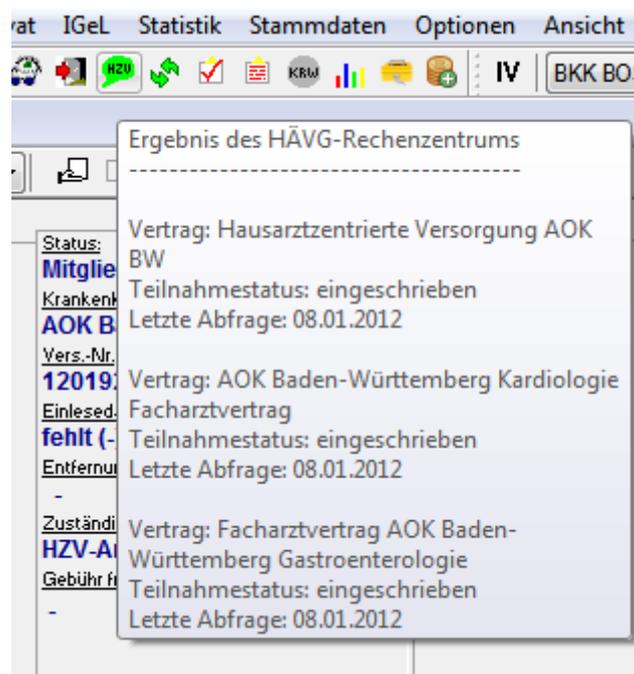
- Hausarztzentrierte Versorgung AOK Baden-Württemberg
- Facharztebene AOK BaWü

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:

Prüfung HzV Teilnahmestatus

Betätigen Sie, bei einem für den HzV Vertrag geeigneten Patienten, den Druckknopf

Prüfung HzV Teilnahmestatus

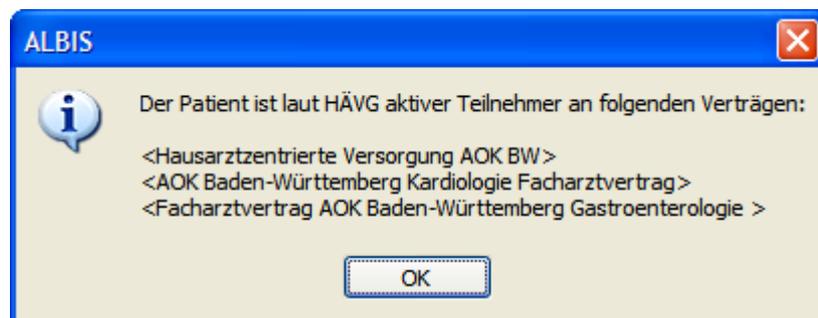
auf einem KV Schein mit der Rückmeldung: „Patient aktiver Teilnehmer“ erscheint nun folgende Meldung:



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.

Optionen HZV

Arztwahldialog

Aktivierung für:

- Online-Teilnahmeprüfung (nur bei geöffnetem Patienten)
- Passivscanner (nur bei geöffnetem Patienten)

Online-Teilnahmeprüfung

Einschränkung der Prüfung aller Patienten:

- nur rückwirkend bis
- bei Chipkarte einlesen
- bei Scheinanlage

Leistungen

- Auf Substitutionen prüfen

Abrechnung

- Abrechnungsprotokolle archivieren

OK Abbruch

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

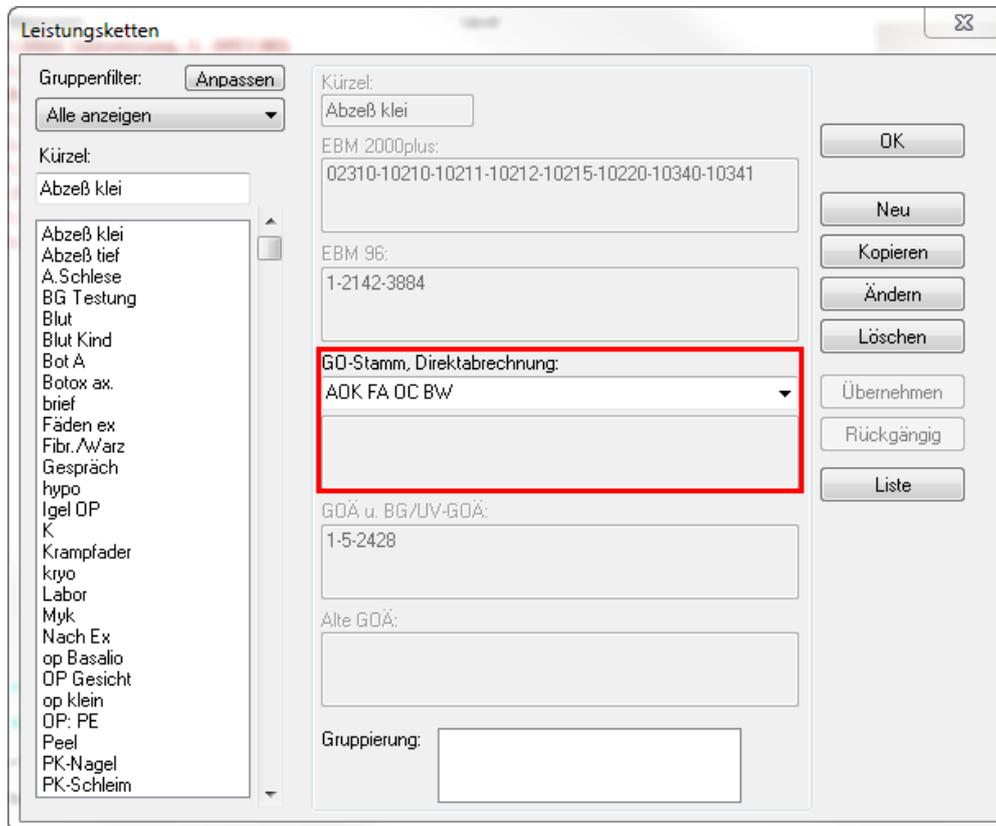
lkdn Leistung: Direktabrechnung Notfall

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.

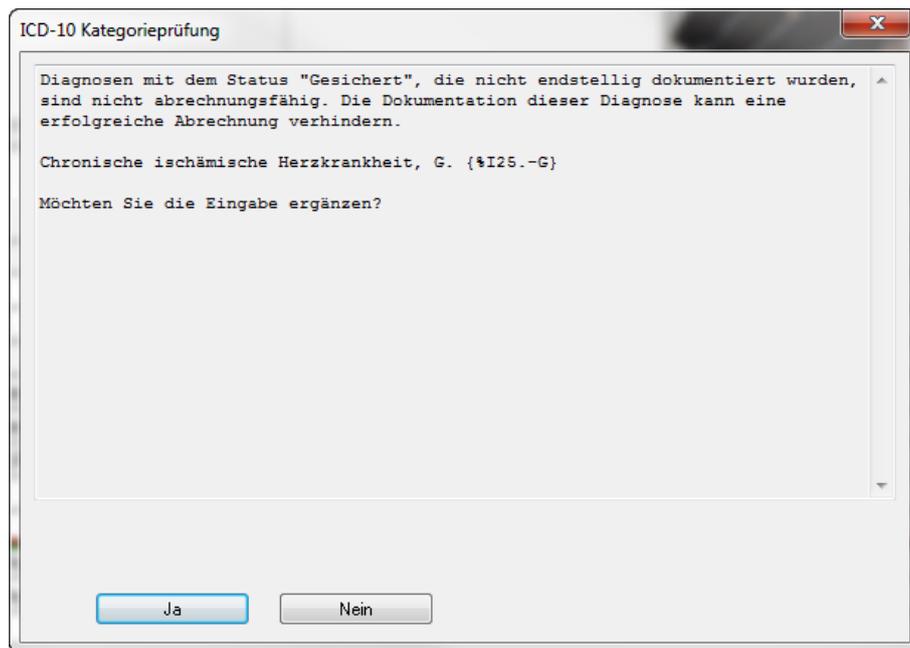
9.4 HzV Leistungen auch in der ToDo-Liste nutzbar

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.

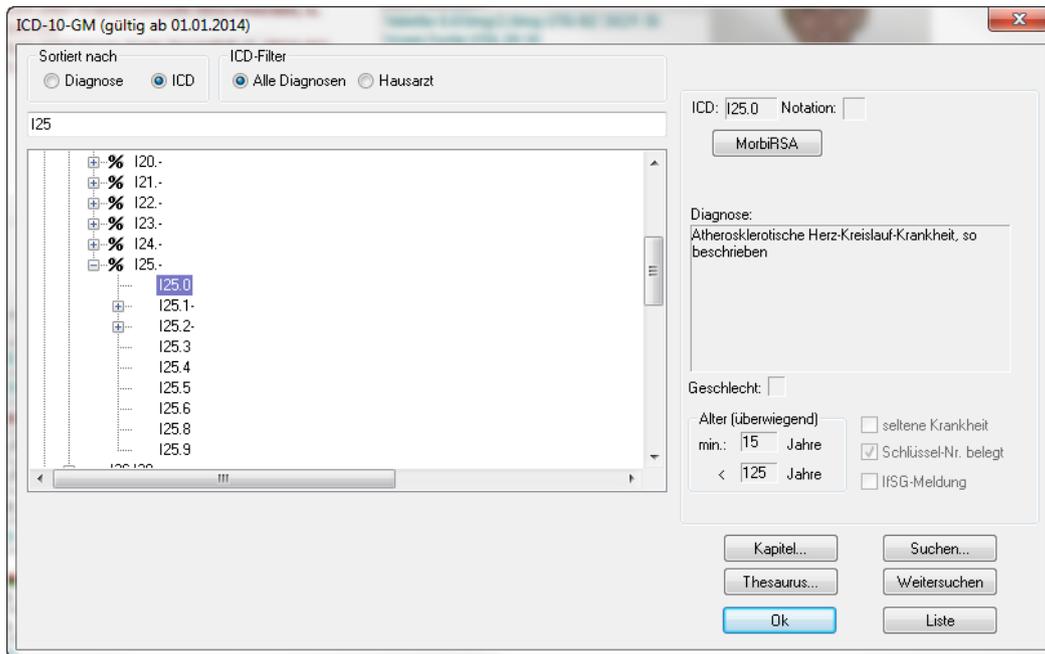
10 Diagnosenerfassung

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 endstelligen Diagnose auf einem Direktabrechnungsschein folgender Hinweis:

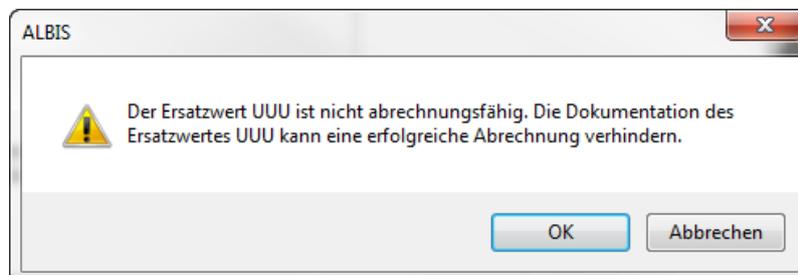


Bestätigen Sie den Dialog mit Nein, so wird die Diagnose mit einem vorangestelltem Prozentzeichen (Notationskennzeichen) trotzdem dokumentiert, gelangt allerdings nicht in die Abrechnung. Bestätigen Sie den Dialog mit Ja, so öffnet sich der ICD Stamm und Sie können einen 5-stelligen ICD Schlüssel auswählen:



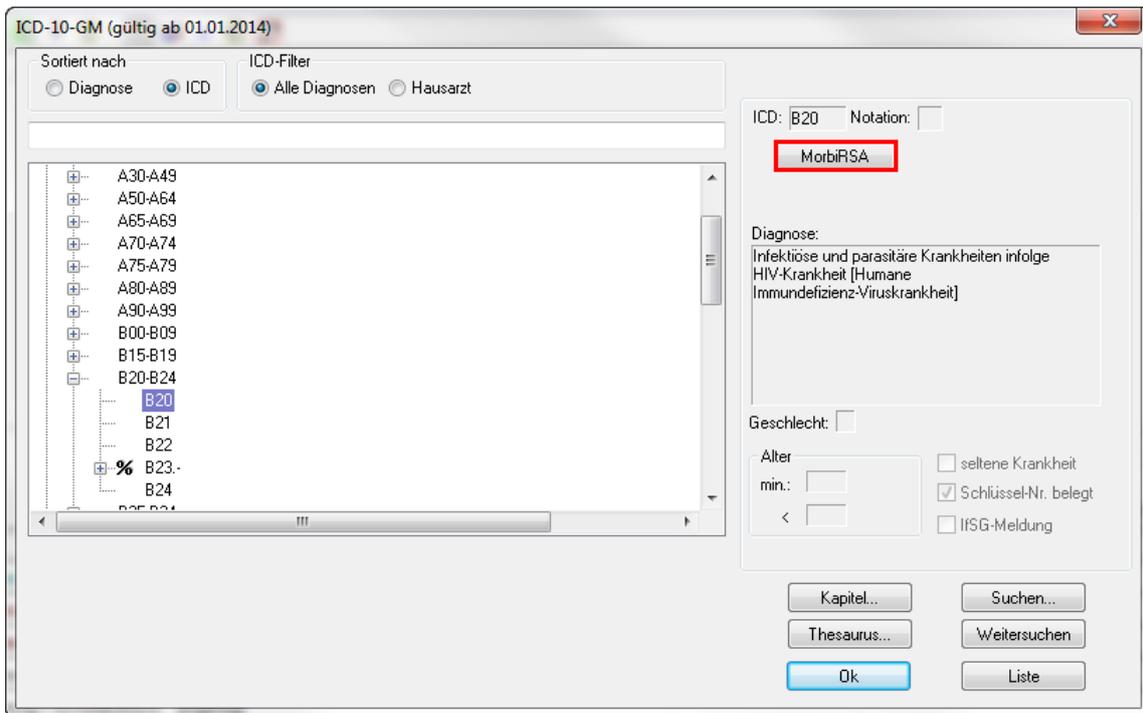
10.2 Vermeidung UUU Diagnosen

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:

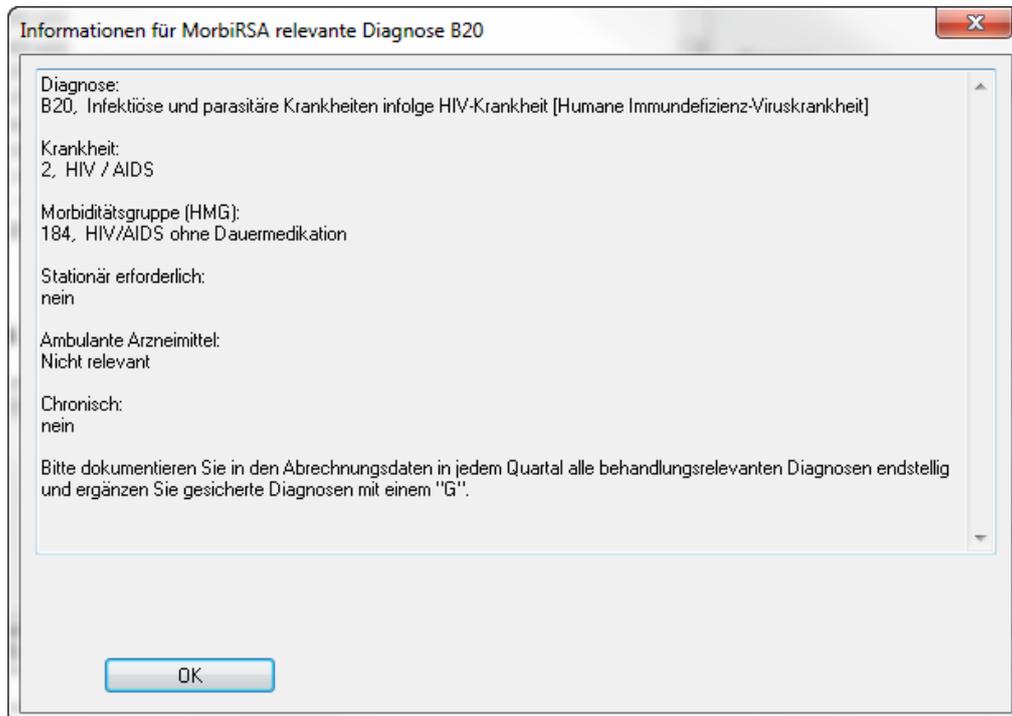


10.3 MorbiRSA

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 ICD-Code 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.

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

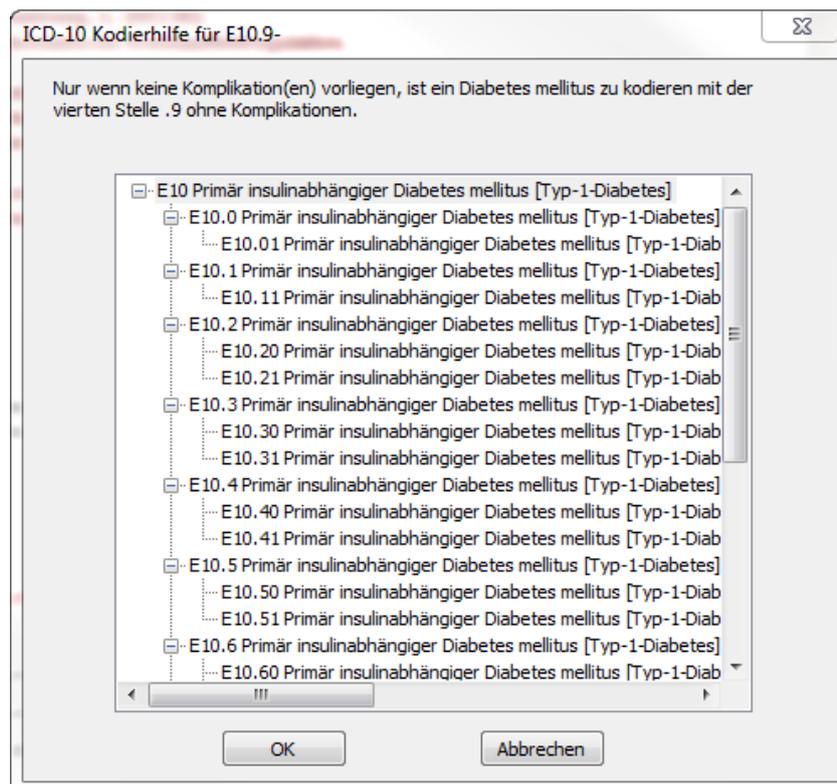
Die folgend aufgelisteten Funktionen sind nach Einspielen des Updates automatisch aktiv. In dem Kapitel Deaktivieren der Kodierhilfen finden Sie eine Beschreibung, wie Sie diese Funktionalitäten dauerhaft deaktivieren und auch wieder aktivieren können.

10.5.1 Hinweis zu .9-Diagnosen

Dokumentieren Sie eine der folgenden .9-Diagnosen:

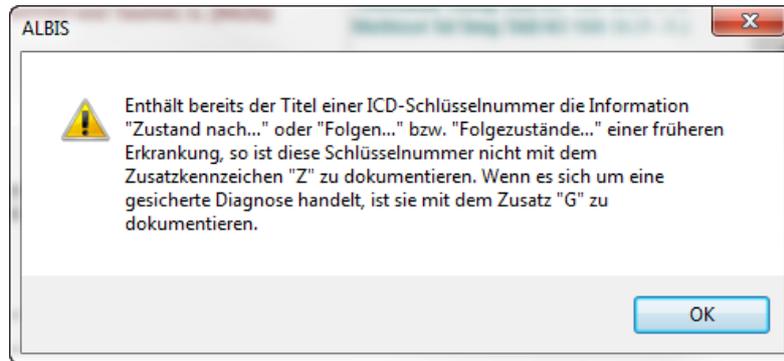
- E10.9-, E10.90, E10.91
- E11.9-, E11.90, E11.91
- E12.9-, E12.90, E12.91
- E13.9-, E13.90, E13.91
- E14.9-, E14.90, E14.91

so erscheint folgender Hinweis:

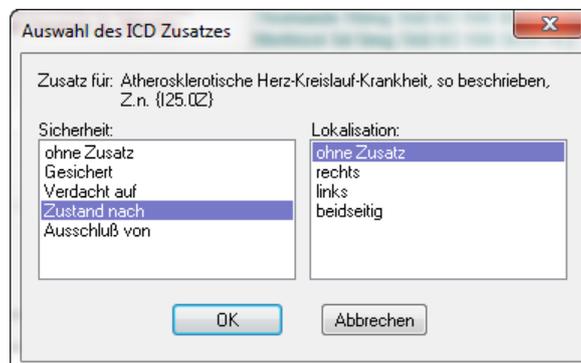


10.5.1 Hinweis bei der Dokumentation von "Zustand nach"-Diagnosen

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

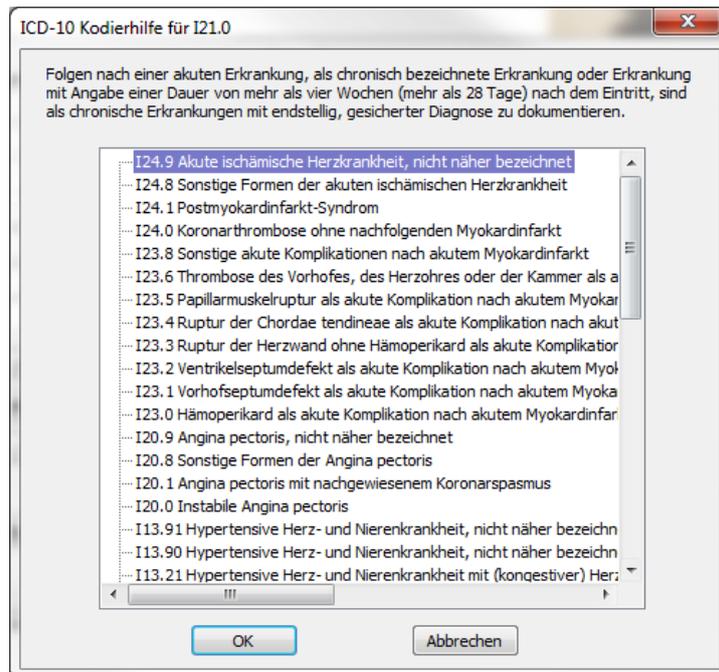


Bestätigen Sie diesen Dialog mit OK, so erscheint nach Vorgabe der HÄVG der Dialog Auswahl des ICD Zusatzes:



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:

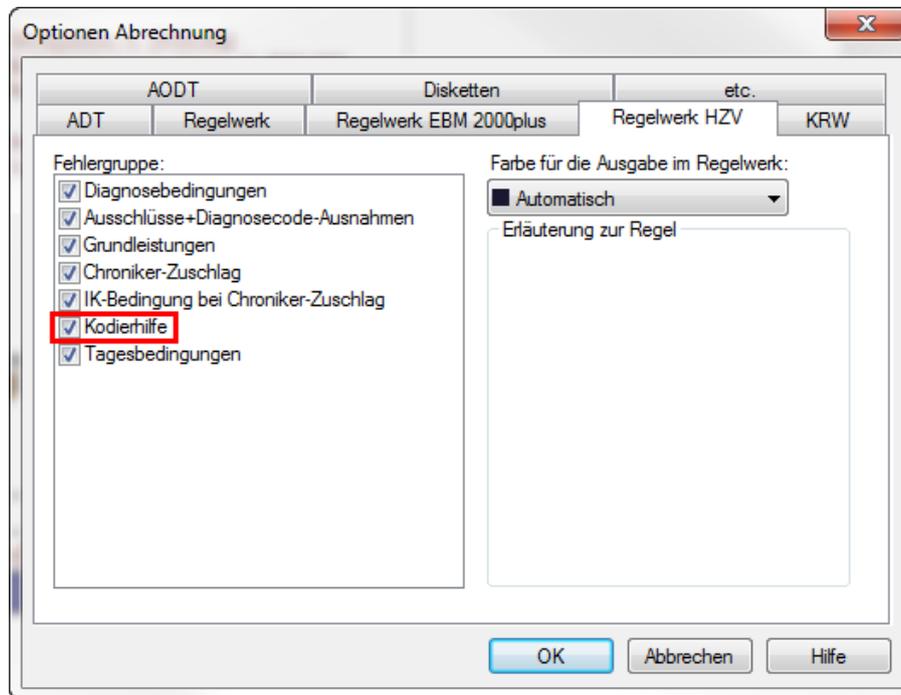


Hier haben Sie die Möglichkeit auf gewohnte Art und Weise die 4. und dann die 5. Stelle der Diagnose zu wählen- Bestätigen Sie nach Ihrer Auswahl den Dialog mit OK, um Ihre Auswahl zu übernehmen.

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**:

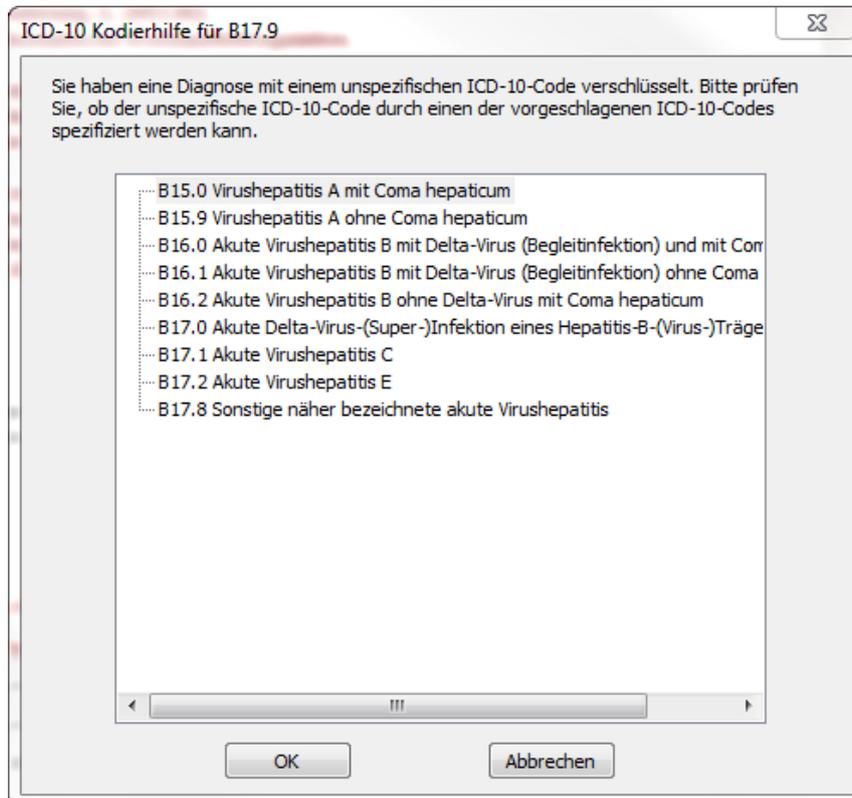


Zum Deaktivieren der Kodierhilfen entfernen Sie im Bereich **Fehlergruppen** den Haken bei dem Schalter **Kodierhilfen**. Bestätigen Sie Ihre Auswahl mit **OK**.

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.

11.2 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

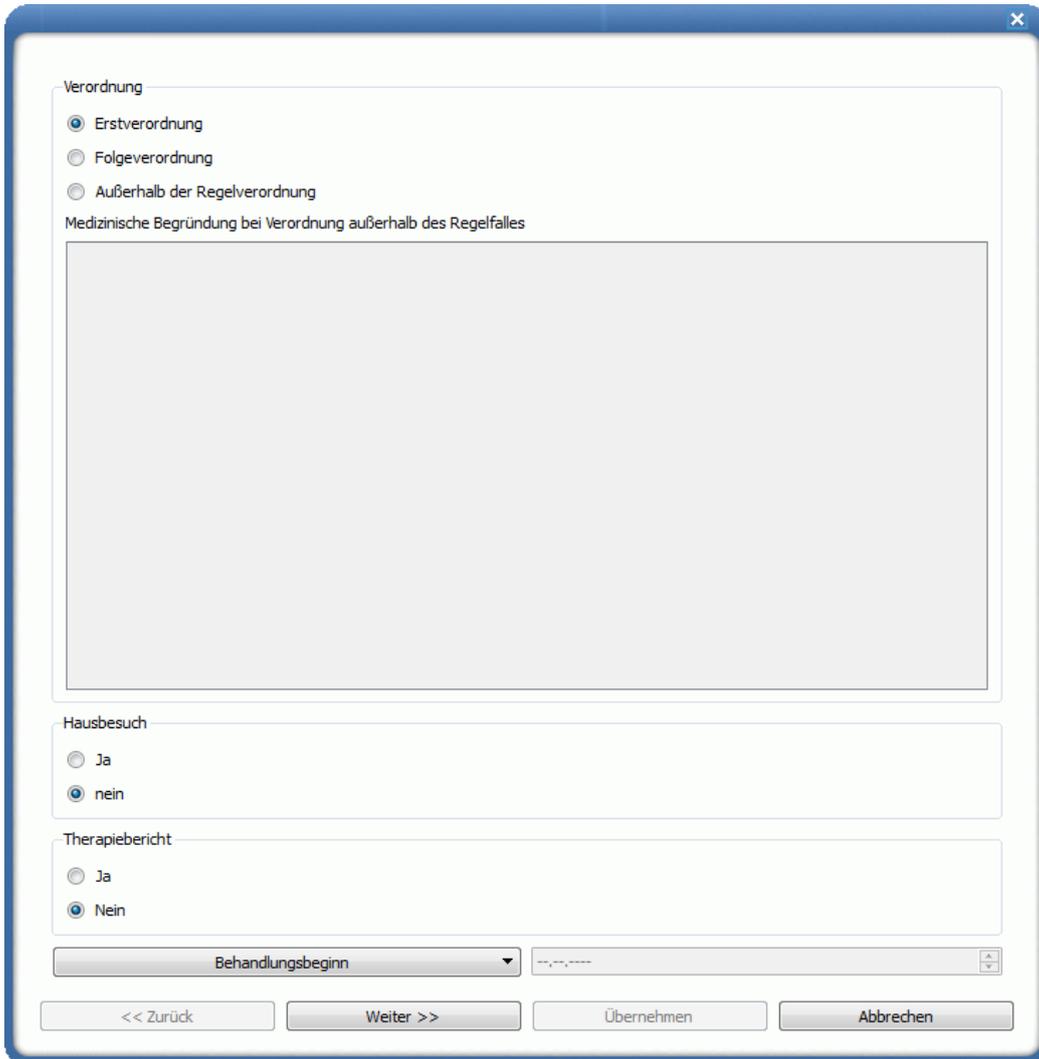
In Bezug auf Heilmittel gibt es folgende Anpassungen:

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 several sections with radio button options:

- Verordnung:**
 - Erstverordnung
 - Folgeverordnung
 - Außerhalb der Regelverordnung
- Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles:** A large empty text area for providing a medical justification.
- Hausbesuch:**
 - Ja
 - nein
- Therapiebericht:**
 - Ja
 - Nein

At the bottom, there is a dropdown menu for 'Behandlungsbeginn' (Treatment start) and a date input field. Below these are 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

Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	Praxisbesonderheit (PB)/Langfristiger Heilmittelbedarf (LHM)
▷ Wirbelsäulenerkrankungen	
▷ 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	

Letztes Akutereignis

Diagnose

Leitsymptomatik

Spezifizierung der Therapieziele

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

Indikationsschlüssel

Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	Praxisbesonderheit (PB)/Langfristiger Heilmittelbedarf (LHM)
<ul style="list-style-type: none"> ▾ Wirbelsäulenerkrankungen <ul style="list-style-type: none"> 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 	

Letztes Akutereignis

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 (genau 1 auswählbar)

	Menge	Anzahl/Woche	Bezeichnung	Preis	Gruppe
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik Gruppe 2-5 Personen 20-30 Min.(A), Vorrangig	5,79	ja
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik im Bad 4-5 Pers. 20-30 Min. +Nachruhe 20-2...	7,47	ja
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik im Bad 2-3 Pers. 20-30 Min. +Nachruhe 20-2...	12,1	ja
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik 15-25 Min.(A), Vorrangig	15,47	nein
<input type="checkbox"/>	1	1	Krankengymnastik im Bad 20-30 Min. +Nachruhe 20-25 Min.(A)...	16,25	nein
<input type="checkbox"/>	1	1	Manuelle Therapie 15-25 Min.(A), Vorrangig	18,1	nein

Ergänzendes Heilmittel

	Menge	Anzahl/Woche	Bezeichnung	Preis	Gruppe
<input type="checkbox"/>	1	1	Ultraschall-Wärmetherapie 10-20 Min.(C), Ergänzend	7,63	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 (04.2013), Heilmittelverordnung für <Albinus, Sarah> ausstellen

Krankenkasse bzw. Kartenträger
DAK GESUNDHEIT 02602

Name, Vorname des Versicherten
Albinus Sarah geb. am 17.05.1976
Hans-Böckler-Str. 5 WK gültig bis 12/20
56566 Neuwied

Kassen-Nr. 1520103 **Versicherten-Nr.** 123456789 **Status** 1000 1
Betriebsstätten-Nr. 529999900 **Arzt-Nr.** 999999900 **Datum** 27.03.2014

Heilmittelverordnung 13

Maßnahmen der
 Physikalischen Therapie/
 Podologischen Therapie

Physikalische Therapie
 Podologische Therapie

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-
verordnung Folge-
verordnung Gruppen-
therapie **Behandlungsbeginn
spätest am:** _____

Verordnung außerhalb d. Regelfalles

Hausbesuch
 Ja Nein

Therapiebericht
 Ja Nein

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.	kleine Liste
1	Krankengymnastik 15-25 Min.	1	
1	Wärmepackung mit Parafango 20-30 Min.	1	

**Ausnahme-
genehmigung**

— Langfristiger Heilmittelbedarf
 — Praxisbesonderheit

i.V.m. ICD **Akutereignis am:** _____

**Indikations-
schlüssel** **Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde**
 WS1a Funktionsstörungen /Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder
 Kopfgelenke)

ICD-10 - Code
 M54.5

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele
 Erlernen eines Eigenübungsprogrammes

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.

12.2 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):



12.3 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: 1/14 bis 31.03.2014
 Zeitraum: 01.01.2014 bis 27.03.2014
 Tage einzeln
 Tag: 27.03.2014

Vergleich mit Vorjahreszeitraum

Verträge
 HZV
AOK Hessen
EK Bremen
AOK Rheinland Pfalz
AOK FA OC BW
BKK FA OC BW
EK Berlin
Hausarztzentrierte Vers
Hausarztzentrierte Vers

Patienten:
 Alle
 Selektierter Patient

Ausgabe
 Alle
 OTC-Statistik
 Heilmittelstatistik

Arztwahl:
 BSNR/KV-Nr.: B: 529999900 KV-Nr: 181111100
 einzelner Arzt: JA Dr. med. Jochen ALBIS

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	Preis in EUR	RVO				Summe	EK				Summe
		M/F	R	Ges			M/F	R	Ges		
Manuelle Therapie 15-25 Min.	18.10	0	0	0	0.00	6	0	6	108.60		
Warmpackung mit Parafango 20-30 Min.	8.33	0	0	0	0.00	6	0	6	49.98		
Summe		0	0	0	0.00	12	0	12	158.58		

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

Datum	Diagnose	Indikationsschl.	Heilmittel	Menge	Gesamtkosten
27.03.2014	Pannikulitis in der Nacken- und Rücke...	WS1a	Warmpackung mit Parafango 2...	6	49.98
			Manuelle Therapie 15-25 Min.	6	108.60
			Summe		158.58

12.4 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 type="checkbox"/>	1	Ergothe		

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

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

E-V0, WS1a vom 10.12.2012
E-V0, WS2d, BB:12.12.2012, GRUPPE

15 Muster 6

Bei einer Überweisung eines HzV-Patienten steht im Überweisungsformular (Muster 6; Formular→Überweisungen→Überweisungsschein) jetzt der Text „Teilnahme Facharzt-Prg.“ im Feld Auftrag.

16 Muster 10 und 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.

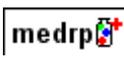
17 Muster 16

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 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 anzeigen gesetzt, 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: 

19 Verordnungen

19.1 Verordnen mit dem ifap praxisCENTER 3

19.1.1 Einstellungen

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

19.1.1.1 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.

19.1.1.2 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

19.1.2 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.

19.1.3 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 - 3.10.0.651 - Datenstand 01.03.2014 - ALBIS - ifap Hotline 089 / 24 409 119

Produkt/PZN eingeben: Gesamt

R	H	Bezeichnung	DAR	Menge	ME	NP	Hinweis	AVP	T	F	RV	PK	Wirkstoff	Wirkstärke
		Adalat 10mg Emra-Med	KAP	30 St	N1	R	P €	14,16			=		5,00 Nifedipin	10 mg
		Adalat 10mg Emra-Med	KAP	42 St	N2	R	P €	14,92			-		5,00 Nifedipin	10 mg
		Adalat 10mg Emra-Med	KAP	50 St	N2	R	P €	15,47			-		5,00 Nifedipin	10 mg
		Adalat 10mg Emra-Med	KAP	84 St		R	P €	17,24			-		5,00 Nifedipin	10 mg
		Adalat 10mg Emra-Med	KAP	100 St	N3	R	P €	18,04			-		5,00 Nifedipin	10 mg

19.1.4 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.

19.1.5 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`.

19.1.6 Kombinierte Wirkstoff/Namenssuche

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

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.

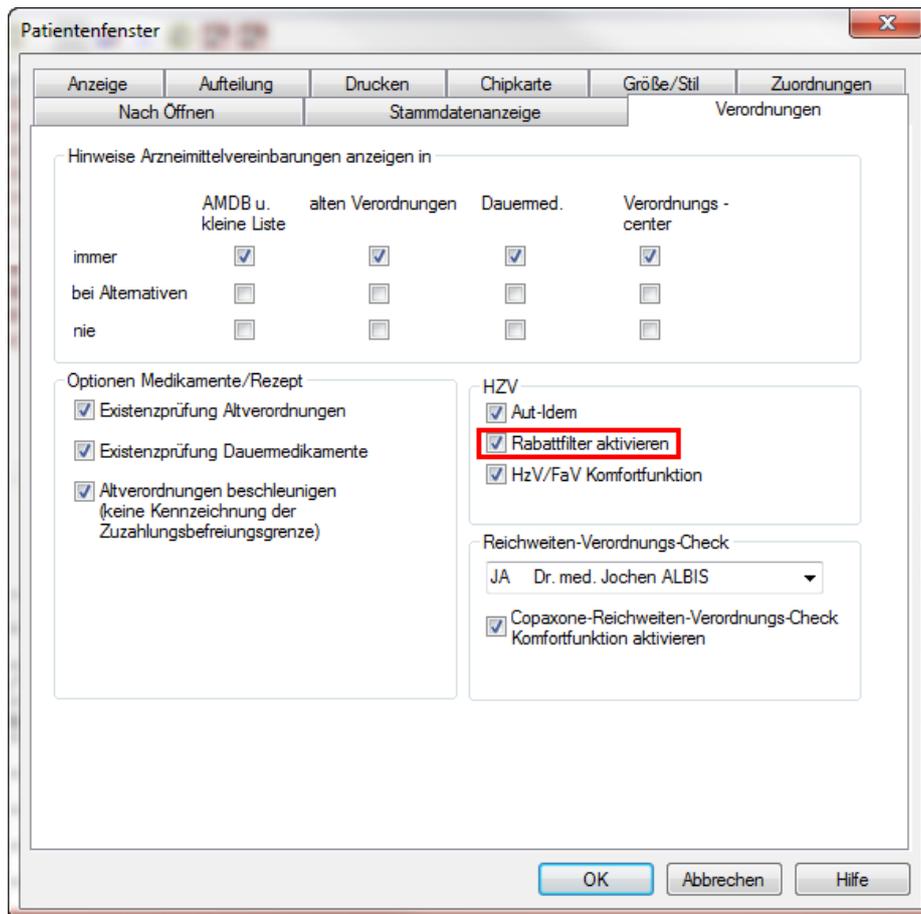
Dies ermöglicht Ihnen also über lediglich eine Funktionstaste F4 in einem Schritt einfach nach Präparaten der **Rabattkategorie grün** oder nach Präparaten der **Rabattkategorie blau** zu suchen.

19.2 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.

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:



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.

19.3 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 - 3.10.0.651 - Datenstand 01.03.2014 - ALBIS - ifap Hotline 089 / 24 409 119

Sortimentsrecherche: Gesamt

Sortimente

R.	H.	Bezeichnung	DAR	Menge	ME	NP	Hinweis	AIP	T	F	RV	FK	Wirkstoff	Wirkstärke
		SotalHEXAL 80	TAB	50	St	N2	R	P	€				0,00 Sotalol	70,55 mg
		SotalHEXAL 80	TAB	100	St	N3	R	P	€				0,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalex 160 mg	TAB	100	St	N3	R	P	€				5,00 Sotalol	141,11 mg
		Sotalex 80 mg Mite	TAB	100	St	N3	R	P	€				5,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalol 160 1A Pharma	TAB	20	St	N1	R	P					0,00 Sotalol	141,11 mg
		Sotalol 160 1A Pharma	TAB	50	St	N2	R	P					0,00 Sotalol	141,11 mg
		Sotalol 160 1A Pharma	TAB	100	St	N3	R	P					0,00 Sotalol	141,11 mg
		Sotalol 160 Heumann	TAB	100	St	N3	R	P	av				0,00 Sotalol	141,11 mg
		Sotalol 160mg Carino	TAB	50	St	N2	R	P	av				0,00 Sotalol	141,11 mg
		Sotalol 160mg Carino	TAB	100	St	N3	R	P	av				0,00 Sotalol	141,11 mg
		Sotalol 40 1A Pharma	TAB	20	St	N1	R	P					0,00 Sotalol	35,28 mg
		Sotalol 40 1A Pharma	TAB	50	St	N2	R	P					0,00 Sotalol	35,28 mg
		Sotalol 40 1A Pharma	TAB	100	St	N3	R	P					0,00 Sotalol	35,28 mg
		Sotalol 40mg l.v. Carino	ILO	5	St	N2	R	P					5,00 Sotalol	35,28 mg
		Sotalol 80 1A Pharma	TAB	20	St	N1	R	P					0,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalol 80 1A Pharma	TAB	50	St	N2	R	P					0,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalol 80 1A Pharma	TAB	100	St	N3	R	P					0,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalol 80 Heumann	TAB	100	St	N3	R	P					0,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalol 80mg Carino	TAB	50	St	N2	R	P	av				0,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalol 80mg Carino	TAB	100	St	N3	R	P	av				0,00 Sotalol	70,55 mg
		Sotalol Abz 160mg	TAB	100	St	N3	R	P					0,00 Sotalol	141,11 mg

Arznei check
Der Arzneimittel-Therapie- Sicherheitscheck von ifap für iPhone® und iPod touch®

Sortimente
Produktsuche
Wirkstoffsuche
ATC
ICD
Zusatzsortimente

PZN: 00096891 Produkt: Sotalol 40 1A Pharma 20 St.N1 Anbieter: 1 A Pharma GmbH
ATC-Code: C07AA07 Wirkstoff: Sotalol

Sarah Albinus, geb. 17.05.1920 (1) - DAK-Gesundheit - HZV-Patient Dr. med. Jochen ALBIS - LANR: 999999900 - BSNR: 529999900

Anzeige P in der kleinen Liste Medikamente:

Kleine Liste Medikamente Medikamentendatenstand: 01.03.2014

Schnellsortierung: Schnellfilter: ohne Wirkstoffdetails anzeigen

Suchen alle Med. anzeigen

Anzeige Alle GTM Heilm. Hilfsm. Imgf. Spr.bed.

Auswahl	A..	Packungsbezeichnung	R..	V..	aV	Rabatt	H	Zusa...	Wirkstoff	Wirkstärke
<input type="checkbox"/>	1	Sol. Acriflav. SR 20.0				nein	K	Sol. Ac...		
<input type="checkbox"/>	1	Sol. Acriflav. SR 10.0				nein	K	Sol. Acr...		
<input type="checkbox"/>	1	Sol. Hydroxychin. sulf. 0,1%ig				nein	K	Sol. Hy...		
<input type="checkbox"/>	1	Sol. Methylros. chlor. 1% 20,0				nein	K	Sol. Me...		
<input type="checkbox"/>	1	Sotalol 160 1A Pharma TAB N1 20 St			GKV	ja	KA	Sotalol...	Sotalol hydroch...	160,0000 mg
<input checked="" type="checkbox"/>	1	Sotalol 40 1A Pharma TAB N1 20 St			GKV	ja	KA	Sotalol...	Sotalol hydroch...	40,0000 mg

Sotalol 40 1A Pharma TAB N1 20 St

Kosteninformationen
 AVP: (-) 12,02 EUR
 Preisänderung: 0,00 EUR
 Festbetrag: 12,70 EUR
 Zuzahlung: R 0,00 EUR
 Mehrzahlung: R 0,00 EUR
 Gesamtzuzahlung: R 0,00 EUR
 Erst. Betrag: 0,00 EUR
 rabattiert: **P** **G** **E** **A** Alternativen

Verordnungsrelevante Eigenschaften
 außer Vertrieb: (Re-) Import:
 Apothekenpflichtig: Lifestyle:
 Verschreibungspflichtig: Negativliste:
 Betäubungsmittel: Impfstoff:
 Teratogen: Verbandmittel:
 OTC: Teststreifen:
 OTX: Dok.pfl. Transf. Gesetz:
 Arzneimittel: AMRL3:
 Medizinprodukt: Therapiehinweis:
 AutIdem:

Identifikation / Gruppierung
 PZN: 00096891
 ATC: C07AA07...
 *Star: *66315
 *Star: *371/*1A

Bitte beachten Sie, dass der Rezepttext nicht verändert werden soll und nur Zusätze gemäß des Anforderungskatalog AVWG nach §73 Abs. 8 SGB V erlaubt sind!

Anzeige P in Dauermedikamenten:

Dauermedikamente von Eisenreich, Leo Medikamentendatenstand: 01.03.2014

Schnellsortierung: Schnellfilter: ohne Wirkstoffdetails a

Auswahl	A..	Packungsbezeich...	R..	V..	aV	Rabatt	H	DM Enna...	AutI	Zusa...	Kom...	Ab Datum	I. Einnahme	PR.T	PR. Datum	Wirkstoff	W
<input type="checkbox"/>	1	Beloc Zok Herz 2...				nein	A	(1/2-0-1/2-0)	?			25.03.2014	(1/2-0-1/2-0)	+97,00	03.07.2014	Metoprolol succ...	2
<input type="checkbox"/>	1	Delix 2,5mg 100 ...				nein	?	(1-0-0-0)	?	Med. ...		25.03.2014	(1-0-0-0)	n.v.	n.v.		
<input checked="" type="checkbox"/>	1	Sotalol 160 1A Ph...				ja	A	?	?			28.03.2014				Sotalol hydroch...	16

Sotalol 160 1A Pharma TAB N1 20 St

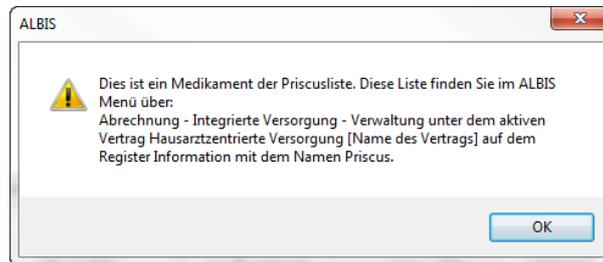
Kosteninformationen
 AVP: (-) 13,11 EUR
 Preisänderung: 0,00 EUR
 Festbetrag: 14,63 EUR
 Zuzahlung: R 0,00 EUR
 Mehrzahlung: R 0,00 EUR
 Gesamtzuzahlung: R 0,00 EUR
 Erst. Betrag: 0,00 EUR
 rabattiert: **P** **G** **E** **A** Alternativen

Verordnungsrelevante Eigenschaften
 außer Vertrieb: (Re-) Import:
 Apothekenpflichtig: Lifestyle:
 Verschreibungspflichtig: Negativliste:
 Betäubungsmittel: Impfstoff:
 Teratogen: Verbandmittel:
 OTC: Teststreifen:
 OTX: Dok.pfl. Transf. Gesetz:
 Arzneimittel: AMRL3:
 Medizinprodukt: Therapiehinweis:
 AutIdem:

Identifikation / Gruppierung
 PZN: 00097092
 ATC: C07AA07...
 *Star: *66303
 *Star: *371/*1A

Bitte beachten Sie, d Rezepttext nicht verändert werden soll und nur ; gemäß des Anforderungskatalog nach §73 Abs. 8 SGB V erlaubt sind!

Klicken Sie auf das P, so erscheint folgender Hinweis:



19.4 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.

19.5 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.

20 Abrechnung

20.1 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.

20.1.1 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.

20.1.2 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).

20.1.3 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.

20.1.4 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 sections and callouts:

- Erstellen...:**
 - Abrechnungsdaten, Verordnungsdaten und Diagnoseprüflauf
 - Prüflauf
 - Testabrechnung
 - Abrechnung

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

Callout 1: "Siehe „zu 1“" points to the dropdown menu containing "AOK FA OC BW".
- Listen:**
 - Nein-Scheine
 - Scheine ohne Leistungen
 - Scheine ohne Versicherungsnachweis
 - Scheine ohne Einlesedatum
 - KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein (HzV/FaV)

Callout 2: "Siehe „zu 2“" points to the "Scheine ohne Einlesedatum" checkbox.
- Ärzte:**
 - 1/14 (dropdown)
 - Einzelabrechnung JA Dr. med. Jochen ALBIS
 - Sammelabrechnung** BSNR: 529999900 KV-Nr: 181111100

Callout 3: "Siehe „zu 3“" points to the "Sammelabrechnung" radio button.

Callout 4: "Siehe „zu 4“" points to the list of selected doctors.

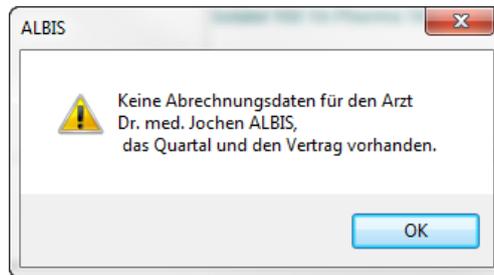
<input checked="" type="checkbox"/>	JA	Dr. med. Jochen ALBIS
-------------------------------------	----	-----------------------

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)

20.2 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.

20.3 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.

20.3.1 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

Eisenreich, Leo (2), Tel.: 0261 80 000

DA-Abrechnu 1/14

Gesamt: 1

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

20.3.2 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 haben einen Schein ohne Leistungen

Eisenreich, Leo (2), Tel.: 0261 80 000

DA-Abrechnu 1/14

Gesamt: 1

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

20.3.3 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.

20.3.4 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, Verordnungsdaten und Diagnoseprüflauf
Wichtiger Hinweis:
 Bitte führen Sie zur Abrechnung von Nachzüglerscheinen eine gesonderte Quartalsabrechnung durch.

Prüflauf
 Testabrechnung
 Abrechnung

AOK FA OC BW

Online-Abrechnung Offline-Abrechnung

GNR-Regelwerkskontrolle

Listen

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

KV-Patienten mit Direktabrechnungsschein (HzV/FaV)

Ärzte

1/14

Einzelabrechnung JA Dr. med. Jochen ALBIS
 Sammelabrechnung BSNR: 529999900 KV-Nr: 181111100

JA Dr. med. Jochen ALBIS

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:

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: **Mußgen, Erna (64)**
Schein

DA-Abrechnung 2/12 AOK Baden-Württemberg

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

Hinweis:

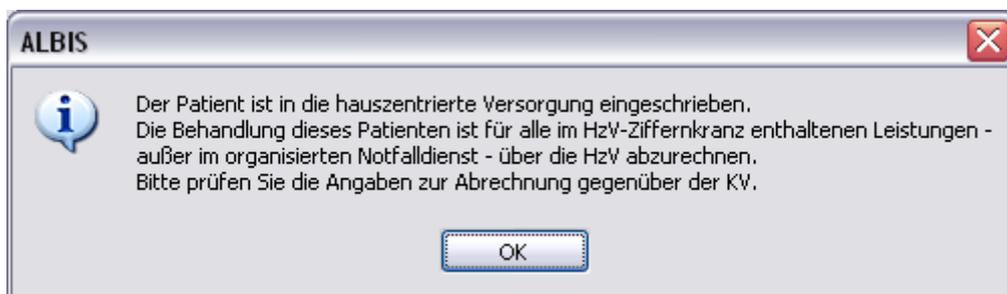
Bitte beachten Sie, dass vor diesem Lauf (min. einmal im Quartal) eine Online-Teilnahmeprüfung durchgeführt wurde, damit gewährleistet ist, dass der Status der Patienten stets aktuell ist.

20.4 KV Abrechnung

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

20.4.1 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:



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

Hausarztzentrierte Versorgung AOK BW
Schreiber, Lina (3)
Gesamt: 1

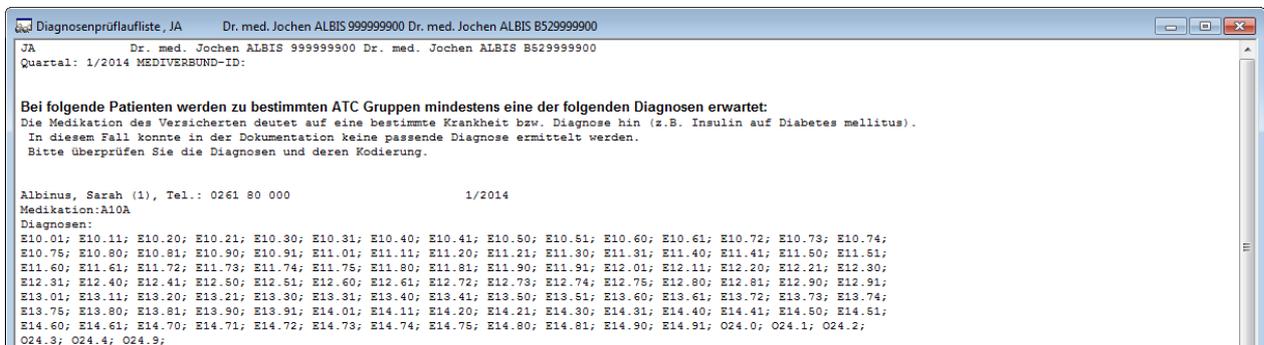
20.5 Übermitteln von Verordnungsdaten

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

20.6 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:



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

20.7 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\

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.

21 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.

22 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

22.1 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:

EBM 2000plus Ziffernstatistik
erstellt am 28.03.2014, um 11:09 Uhr

Zeitraum: Quartal 1/14
Abrechnungsart: Scheine der Kassen- und Direktabrechnung zusammen
Ärzte: JA RH M SK; FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)-Hausarzt

Ziffernstatistik

Ausgabe:
- Ziffern numerisch
- Kassengruppen "gesamt"

Anzahl berücksichtigter Fälle: 2

GO-Nr.	Anzahl	Ertrag	Betrag	Euro EBM
gesamt				
89102A	1			
999999	1			
E4	1		15,00 E	
P1	1		30,00 E	

Gesamt: 0 Punkte
Gesamt: 0,00 Euro
Euro EBM Gesamt: 45,00 Euro

22.2 Kontrollliste

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

Tagesprotokoll

Zeitraum
von: 28.03.2014 bis: 28.03.2014

Uhrzeit:
von: 00:00 bis: 23:59

Kürzel
 Alle Filter:

Medikamente ohne Kommentar nicht anzeigen
 nur abgerechnete Leistungen

Patienten
 Alle im Tagesprotokoll
 Mit entsprechenden Einträgen
 Aktiver Patient
 Selektierte Liste
Aktuell: Keine Liste im Hintergrund!

Versicherung
 alle Ik:
 Kasse
 Privat

für Direktabrechnung eingeschrieben:

Ärzte
 Alle
 Auswahl:
JA Dr. med. Jochen ALBIS
RH Dr. med. Rhenus
M Dr. med. Mosela
SK Dr. med. Sigrun Krüger

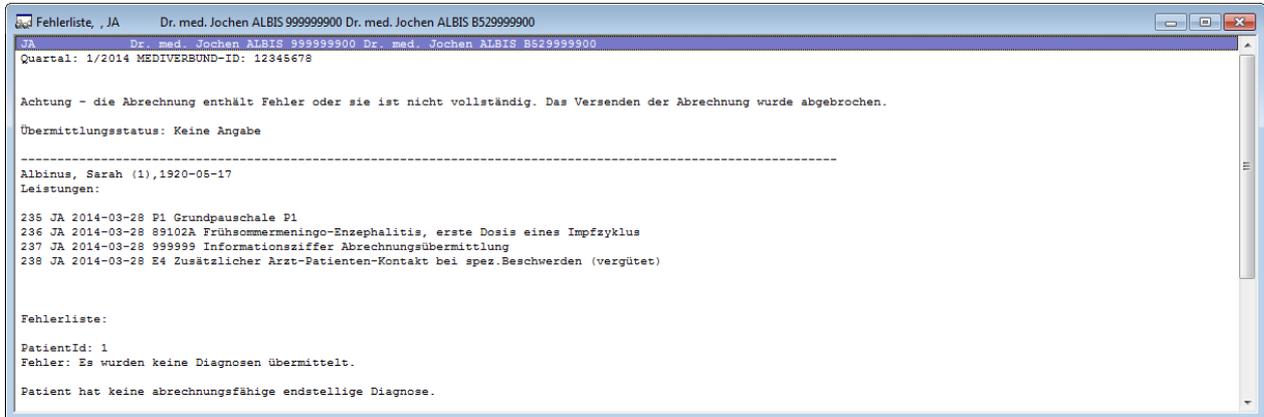
Ausgabe
Karteikarteneinträge: Kurz Lang
 Dauerdiagnosen
inkl. AKR-Status: anamnestisch
 Behandlung
 Dauermedikamente
 IK, Vers.-Nr. Cave
 Hinweis bei fehlender Diagnose
 Sortierung nach Namen
 Diagnosen mit Scheinbezug
 Uhrzeit

OK Abbruch Standard

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.

22.3 Fehlerprotokoll

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



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

22.4 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.

22.5 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.

22.6 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 Doppelklick 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“.

Scheinzahlstatistik

erstellt am 28.03.2014, um 11.15 Uhr

Zeitraum: Quartal 1/14
Abrechnungsart: nur Scheine der Direktabrechnung
Ärzte: JA RH M SK; FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)-Hausarzt

Scheinzahlen

"Nein"-Scheine: 1

1.) Getrennt nach Kassengruppen und Versichertenstatus

Patient	Neuzugänge	Scheine gesamt exkl. Beleg/stat.	Abrechnungs-Scheine	Überweisungen gesamt exkl. stat.	Notfall-/Vertreter-Scheine
PK Mitglieder	0	3	3	0	0
PK Angehörige	0	0	0	0	0
PK Rentner	0	0	0	0	0
PK Gesamt	0	3	3	0	0
EK Mitglieder	0	1	1	0	0
EK Angehörige	0	0	0	0	0
EK Rentner	0	0	0	0	0
EK Gesamt	0	1	1	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:	0	4	4	0	0

22.7 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	RVO			Summe	EK			Summe
			M/F	R	Ges		M/F	R	Ges	
*1261197	Keine	0.00	0	0	0	0.00	1	0	1	0.00
*Manuelle Therapie 15-25 Min.	Keine	18.10	0	0	0	0.00	6	0	6	108.60
*Warmpackung mit Parafango 20-30 Min.	Keine	8.33	0	0	0	0.00	6	0	6	49.98
Acara 35mg Tr CasVitd3 12+ KPG N3 1 P	Rot	75.95	0	0	0	0.00	1	0	1	75.95
Acarbose dura 100mg TAB N2 105 St	Grün	39.17	0	0	0	0.00	1	0	1	39.17
Apidra 100e/ml Solostar Cc-Pha FER N2 10	Orange	117.81	0	0	0	0.00	1	0	1	117.81
Apidra 100e/ml Solostar FER N1 5X3 ml	Blau	70.78	0	0	0	0.00	1	0	1	70.78
Beloc Zok Herz 23.75mg RET N3 100 St	Keine	22.98	1	0	1	22.98	0	0	0	0.00
Clonistada 0.15mg TAB N1 20 St	Grün	12.64	0	0	0	0.00	1	0	1	12.64
Clonistada 0.3mg TAB N3 100 St	Grün	19.99	0	0	0	0.00	1	0	1	19.99
Delix 2,5mg 100 Tbl. N3 (1---	Keine	0.00	1	0	1	0.00	0	0	0	0.00
Insuman Rapid 40 IE/ml DFL N3 5X10 ml	Keine	59.63	0	0	0	0.00	1	0	1	59.63
Lantus 100e/ml DFL N1 10 ml	Keine	57.77	0	0	0	0.00	1	0	1	57.77
Metformin Lich 500mg FTA N1 30 St	Grün	11.58	0	0	0	0.00	1	0	1	11.58
Sotalol 160 1A Pharma TAB N1 20 St	Grün	13.11	1	0	1	13.11	0	0	0	0.00
Sotalol 40 1A Pharma TAB N1 20 St	Keine	12.02	0	0	0	0.00	1	0	1	12.02
Ticlopidin-Neurax 250 mg FTA N1 20 St	Keine	19.11	0	0	0	0.00	1	0	1	19.11
Summe			3	0	3	36.09	24	0	24	655.03

22.8 Medikamentenstatistik mit Auswertung der Verordnungen nach Rabattkategorien

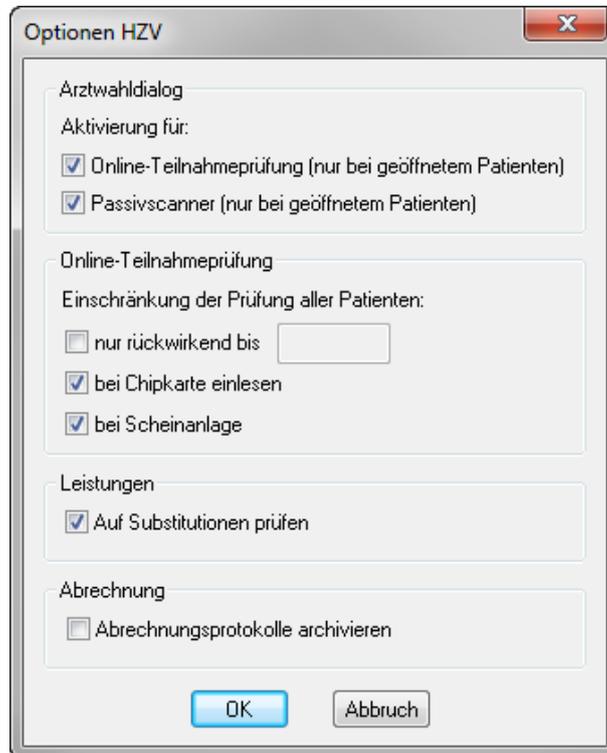
Rufen Sie über das ALBIS Menü Statistik Medikamenten- und Verordnungsstatistik die Medikamentenstatistik auf und wählen im Bereich **Verträge** einen HzV / FA Vertrag aus, so wird Ihnen, je nach Einstellung, die Auswertung der Verordnungen nach Rabattkategorien angezeigt:

3. Auswertung Verordnungen nach Rabattkategorien

Rabattkategorie	Anzahl	Betrag in €	Anzahl in %	Betrag in %
Rot	1	75.95	3.70	10.99
Gruen	5	96.49	18.52	13.96
Orange	1	117.81	3.70	17.05
Blau	1	70.78	3.70	10.24
GruenBerechnet	0	0.00	0.00	0.00
Keine	19	330.09	70.37	47.76
Summe	27	691.12		

23 Menüpunkt Optionen HZV

Unter Optionen HZV öffnet sich ab sofort folgender Dialog:



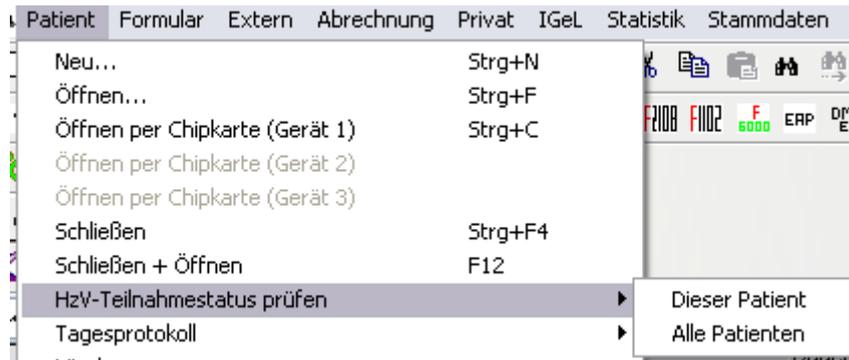
In dem Bereich **Arztwahldialog** können Sie folgende Einstellungen vornehmen:

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.