

Enthaltene Programmänderungen

Inhaltsverzeichnis

1	KBV-Änderungen	5
1.1	Stammdaten der KBV.....	5
2	Karteikarte, Patientenstammdaten, Patientenfenster, Schein	5
2.1	Diagnosen der Karteikarte mit Scheinsymbolen	5
2.2	Karteikartenfilter mit Tastenkombination.....	5
2.3	ToDo-Listen - ICD Prüfung bei Diagnosen.....	5
2.4	OPS - Begründung bei jeder OP-Ziffer	5
2.5	Praxisgebühr - Altersprüfung	6
2.6	Angabe * im Entfernungsfeld der Patientenstammdaten	7
2.7	Auswahl Krankenkasse bei alternativem Rechnungsempfänger.....	7
2.8	Ändern der Reihenfolge für die Funktionsleiste Karteikartenkürzel	7
2.9	Position der Funktionsleisten	7
2.10	Cave-Symbol.....	7
2.11	Prüfung Diagnosesicherheit	7
2.12	Kennzeichnung von Dauerdiagnosen im Fenster Diagnosenübernahme.....	8
2.13	Ausstellungsdatum des Scheins.....	8
2.14	Wartungslauf zum Abgleich der Scheindiagnosen.....	8
3	Formulare	9
3.1	Übernahme „1. Tag letzte Regel“ in Krebsvorsorge	9
3.2	Stempel im neuen Privatrezept.....	9
3.3	Druck der Laborwerte im Formular DMP - KHK	9
3.4	Anzeige Tooltip für Heilmittelformulare	9
3.5	Reihenfolge der Buttons auf Formularen	9
3.6	Sprechstundenbedarfsrezept.....	9
3.7	Funktion Drucken	9
3.8	Funktion Speichern.....	10
3.9	U3 - Angaben der Winkel.....	10
3.10	BG-Berichte mit hinterlegten Leistungsziffern.....	10
3.11	Blankoformularbedruckung.....	10
3.11.1	Blankodruck des BG-Formulars F1050	10
3.11.2	F6050, F6052 und F6150 – Hautarztberichte als Blankoformular.....	10
4	Arztbrief	11
4.1	Auswahl <heute> bei Erstellung eines Briefes	11
4.2	Neue Textvariablen	11
5	Labor	11
5.1	Markierung nach Anforderung löschen	11

6	Abrechnung	12
6.1	Tagtrennung für Abrechnung.....	12
6.1.1	<i>Sitzungsprüfung.....</i>	12
6.2	PLZ-Prüfung	12
6.3	Optimierungen der GNR-Regelwerksprüfung	12
6.3.1	<i>EBM 2000plus Regelwerk - Löschen von Ausschlussziffern</i>	12
6.3.2	<i>Grundleistungen</i>	13
6.3.3	<i>Zählung der Arzt-Patienten-Kontakte</i>	13
6.4	KVDT - eMail-Adresse Praxis (FK 0218)	13
6.5	KBV: GNR-Zusatz "GNR als Begründung FK 5036	13
6.6	KBV: GNR-Zusatz "PatNr. FEK-Bogen (FK 5040)	13
6.7	Praxisdaten: Kennzeichnung der Leistungen.....	14
7	Privatliquidation	14
7.1	Einleitungs- und Schlusssatz patientenbezogen.....	14
7.2	PAD-Vorbereitung . Leistungen bis.....	15
7.3	Rechnungsempfänger für BG	15
7.4	Verträge Dienstunfall Bahn und Post.....	15
7.5	Anwender – Tipp: Umsatzsteuer bei Schönheitsoperationen und nicht medizinisch indizierten Therapien	16
8	DALE-UV.....	16
8.1	Ergänzungsberichte F1004 / F1008.....	16
8.2	Minderung der Erwerbsfähigkeit	17
8.3	BG F1000 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Multiselekt	17
9	Statistik.....	17
9.1	Optimierung der Optionen zur EBM 2000plus Leistungsstatistik.....	17
9.2	RLV- Statistik graphische Auswertung.....	18
9.3	EBM 2000plus Ziffernstatistik – Fachgruppen Vergleich.....	19
9.3.1	<i>Den Fachgruppenvergleichswert eintragen.....</i>	19
9.3.2	<i>Ausgabe des Fachgruppenvergleichs in der Ziffernstatistik.....</i>	19
9.3.3	<i>Durchschnitt in %.....</i>	19
9.4	Fallzählung Haus-/Kinderärztliche Bereitschaftspauschale.....	20
9.5	Leistungsstatistik KV Berlin	20
9.6	Zeitprofil: Ordinationskomplex und Beratungsziffer.....	20
9.7	Tagesprotokoll: Scheinbezug der Diagnosen darstellen	20
9.8	Diagnosestatistik: Auswahl der Scheinarten	21
9.9	Freie Statistik: Auswertung nach Ländercode.....	21
9.10	Scheinzahlstatistik für den einzelnen Arzt	21
10	Stammdaten	22
10.1	Karteikartenfilter pro Arbeitsplatz sperren.....	22
10.2	Namenskonflikte bei neuen Karteikartenkürzeln auflösen.....	22
10.3	Umschläge Drucken für BG/KH und Krankenkassen.....	22
10.4	ICD-10-GM Stamm für 2006.....	22
10.4.1	<i>ICD 10 GM, Version 2005.....</i>	23
10.4.2	<i>Korrektur „alte“ ICD-Diagnosen</i>	23
10.5	Optimierung der Aktualisierung EBM 2000plus	24
10.6	Bezugsraum "n Tage nach OP-Ziffer".....	25
10.7	GNR-Zusatz OPSchlüssel (5035).....	25
10.8	Medikamentendatenbank (MMI Pharmindex)	25

11 Externe Programme	26
11.1 Impf-doc Version 1.2 – Optimierungen	26
12 IMS	26
12.1 NEU: IMS Health IQ-easy – Ihre Persönliche Praxisanalyse	26
13 Verschiedenes	27
13.1 Herstellerinformationen	27
13.2 Fremdsprachige Patienteninfo.....	27
13.3 „Voluntas medici“ – allein der Arztwille entscheidet	27
13.4 Anzeige eingehender Nachrichten.....	28
13.5 VCS - Postfachadresse	28

1 KBV-Änderungen

1.1 Stammdaten der KBV

Folgende aktualisierte Stammdaten sowie das XPM KVDT-Prüfmodul der KBV stehen Ihnen mit dem Update 8.00 für das Quartal 1/2006 zur Verfügung:

- Kostenträgerstammdatei Quartal 1/2006
- KV Spezifika Quartal 1/2006
- PLZ Stammdatei
- ICD-10 Stammdatei, Version 2006

Die Stammdaten Arztverzeichnis (SDAV) werden laut KBV-Vorgaben nicht mehr benötigt. Damit entfällt auch die Prüfung der überweisenden Arztnummer auf den Überweisungsscheinen.

2 Karteikarte, Patientenstammdaten, Patientenfenster, Schein

2.1 Diagnosen der Karteikarte mit Scheinsymbolen

ALBIS on WINDOWS bietet Ihnen die Möglichkeit den Scheinbezug der Diagnosen symbolisch darzustellen. Hierzu verwenden wir die Ihnen bekannten Symbole aus der Scheinleiste . Diese werden nun zusätzlich in der Diagnosenzeile der Karteikarte dargestellt. Somit ist für Sie schnell und auf einen Blick ersichtlich, zu welcher Scheinart die Diagnose eingetragen wurde.

JA	07.12.2005	dia →	Sehstörung, G. {H53.9G};
JA			Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung bei Gebrauch von Tabak, G. {F17.7G};
JA			Sehstörung, G. {H53.9G};
JA			Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet, G. {J20.9G};
JA			Haltungsschwäche, G. {M40.0G};
JA			Obstipation, G. {K59.0G}

Zur Aktivierung dieser neuen symbolischen Kennzeichnung wählen Sie bitte im Menü Stammdaten Karteikarte den Punkt Karteikartenkürzel. Selektieren Sie anschließend bitte das Diagnosenkürzel – in der Regel dia. Betätigen Sie nun den Druckknopf Ändern und setzen Sie den Schalter Symbol in Karteikarte. Nach Bestätigung der Änderung mit Übernehmen und OK werden die Diagnosezeilen automatisch mit dem richtigen Symbol versehen.

2.2 Karteikartenfilter mit Tastenkombination

Mit der neuen Version haben Sie die Möglichkeit die Auswahlbox der Karteikartenfilter im Patientenfenster per Tastatur anzuwählen. Durch Drücken der Tastenkombination Strg+Shift+F wird die Box markiert. Mit Hilfe der Taste F4 können Sie diese aktivierte Box aufklappen und über die Tastatur mit den Pfeiltasten ↓ ↑ den gewünschten Filter anwählen. Nach Bestätigen mit Return wird die Filterfunktion schnell und bequem ausgelöst.

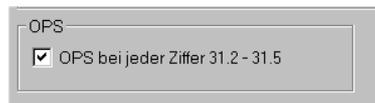
2.3 ToDo-Listen - ICD Prüfung bei Diagnosen

Nach Erfassung von Diagnosen über eine ToDo-Liste wird die Überprüfung ab sofort gemäß den Einstellungen unter Optionen Diagnosen - ICD Pflicht (Kasse) bzw. ICD Pflicht (Privat) korrekt vorgenommen.

2.4 OPS - Begründung bei jeder OP-Ziffer

Einige KVen erwarten bei jeder Ziffer des Kapitels 31.2. – 31.5 (Leistungen ambulante oder

belegärztliche Operationen) als Begründung die Angabe des OP-Schlüssels. ALBIS on WINDOWS unterstützt diese Forderung mit der Version 8.00. Öffnen Sie dazu Optionen Abrechnung, Register etc. Setzen Sie anschließend den Schalter OPS bei jeder Ziffer Kap. 31.2-31.5.



Dies wirkt sich wie folgt aus:

Erfassen Sie Ihre Leistungen zu Operationen über die Funktion F2 OPS-Stamm in der Leistungszeile (lko, lkü, etc.) und wählen den gewünschten OP-Schlüssel aus, so bietet ALBIS on WINDOWS Ihnen die dazugehörige Leistungskette an. Zu jeder gewählten Leistung wird nun automatisch der OP-Schlüssel als GNR-Zusatz hinzugefügt:

lko	⊗	31301(OPS:8-100.d)-31821(OPS:8-100.d)
lko	⊗	31502(OPS:8-100.d)-31695(OPS:8-100.d)

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass sich diese Einstellung lokal auswirkt, d.h. Sie können jeden Arbeitsplatz individuell konfigurieren.

2.5 Praxisgebühr - Altersprüfung

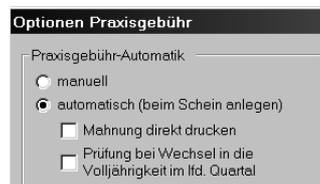
Die Zuzahlungspflicht bei der Erhebung der Praxisgebühr wird bezüglich des Alters KV regional unterschiedlich gehandhabt. Einige KVen verlangen eine Praxisgebühr, wenn der Patient im lfd. Quartal ein zweites Mal in der Praxis nach seinem 18ten Geburtstag erscheint. Die Begründung lautet:

„Vollendet ein Patient im laufenden Quartal sein 18. Lebensjahr, ist ab diesem Tag der Ausnahmetatbestand, der ihn bisher von der Zuzahlung der Praxisgebühr befreite, nicht mehr gegeben. Die Praxisgebühr muss daher erhoben werden.“

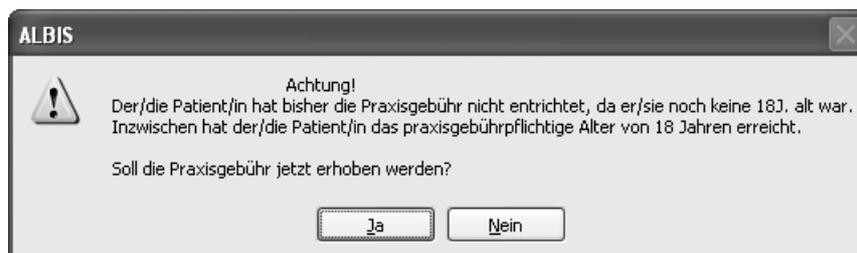
Dieser Sachverhalt ist unabhängig davon, ob der Patient zur Erstinanspruchnahme oder zum zweiten Mal erscheint.

ALBIS on WINDOWS hat deshalb die Prüfung zur Erhebung der Praxisgebühr erweitert:

Unter Optionen Praxisgebühr können Sie den Schalter Prüfung bei Wechsel in die Volljährigkeit im lfd. Quartal setzen:



Wird bei einem Patienten eine zweite Inanspruchnahme erforderlich, nachdem er im lfd. Quartal 18 Jahre alt wurde, so erscheint beim Erfassen einer GNR folgender Hinweis:



Wählen Sie **Ja**, um die Funktion zur Erhebung der Praxisgebühr aufzurufen. Mit **Nein** fahren Sie mit der Leistungseingabe fort.

2.6 Angabe * im Entfernungsfeld der Patientenstammdaten

Die Angabe von * im Feld **Entfernung** in den Patientenstammdaten unterdrückt nun, wie bereits vor dem EBM2000 plus, wieder die Abfrage bzw. Angabe der Entfernung. Auch in der Vorbereitung zur Kassenabrechnung wird dies berücksichtigt.

2.7 Auswahl Krankenkasse bei alternativem Rechnungsempfänger

Zum Eintrag des alternativen Rechnungsempfängers in den Patientenstammdaten steht jetzt neben den bekannten Funktionen auch die Übernahme der Krankenkasse zur Verfügung.

Wählen Sie bitte in den Patientenstammdaten den Druckknopf **Weitere Informationen**. Im **Bereich Adresse des Rechnungsempfängers** können Sie mit Hilfe der folgenden Funktionstasten eine vordefinierte Krankenkassenadresse übernehmen:

- F4 startet eine Suche im Kostenträgerstamm
- SHIFT+F4 übernimmt die Daten der Krankenkasse aus dem Patientenstamm

F2 Patientenadresse kopieren | F3 Überweisungsarzt | SHIFT+F3 BG/KH | F4 Krankenkassen | SHIFT+F4 Krankenkasse Patient

Hinweis:

Die Adressen stammen aus dem offiziellen Kassenstamm der KBV und werden aus dem Programmpunkt **Stammdaten Krankenkassen Adressen** übernommen.

2.8 Ändern der Reihenfolge für die Funktionsleiste Karteikartenkürzel

Mit der neuen Version ist es möglich die Reihenfolge innerhalb der Funktionsleiste Karteikartenkürzel individuell anzupassen. Voraussetzung hierfür ist das Setzen des Schalters **Anzeige in Funktionsleiste unter Stammdaten Karteikarte Karteikartenkürzel** sowie das Einschalten der Funktionsleiste über das Menü **Ansicht**. Zum Umsortieren der Schaltflächen wählen Sie **Menü Ansicht Funktionsleiste Anpassen Karteikartenkürzel**. Im Dialog **Symbolleiste anpassen** können Sie über die Druckknöpfe nach oben bzw. nach unten die Sortierung der Schaltflächen verändern.

2.9 Position der Funktionsleisten

Die Position der Funktionsleisten wird, sofern der Schalter **Position der Funktionsleisten beim Beenden speichern unter Optionen Arbeitsplatz** gesetzt ist, korrekt gespeichert.

2.10 Cave-Symbol

Das Cave-Symbol in der Symbolleiste **Anamnese** wird bei vorhandenen Cave-Einträgen nun rot gefärbt.

Cave - Einträge vorhanden



Keine Einträge vorhanden



2.11 Prüfung Diagnosesicherheit

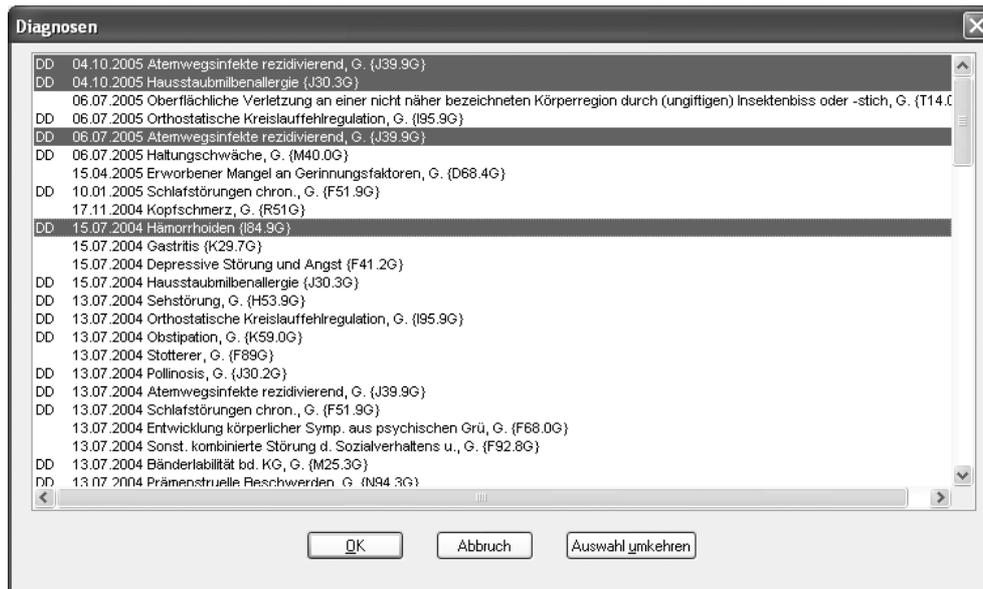
Bei Scheitern der gesetzlichen Krankenkassen besteht eine ICD-Pflicht. Alle Diagnosen ohne Diagnosesicherheit würden später im KBV-Prüfmodul auffallen. Eine aufwendige Nachbearbeitung wäre der Fall. Durch den „geänderten“ Workflow (7.90) ist der Zusatz „Gesichert“ nicht mehr als Standard belegt und somit war es möglich, dass der ICD versehentlich ohne Zusatz abgespeichert wurde.

Im **Scheindiagnosendialog** wird ab sofort geprüft, ob für die Erfassung der Diagnose eine ICD-Pflicht besteht (Privat- oder Kasse). Es erfolgt ein Hinweis, wenn keine Diagnosesicherheit gewählt wurde.

2.12 Kennzeichnung von Dauerdiagnosen im Fenster Diagnosenübernahme

ALBIS on WINDOWS kennzeichnet ab der Version 8.00, ob es sich bei den zu übernehmenden Diagnosen, die Sie im Auswahldialog nach Ausführen von **Strg + F3** angezeigt bekommen, um Dauerdiagnosen handelt. Dauerdiagnosen sind nun zusätzlich im Dialog zur Übernahme der Diagnosen am Zeilenanfang mit dem Zusatz **DD** versehen.

Zur Übernahme markieren Sie die richtige Diagnose und bestätigen mit **OK**.

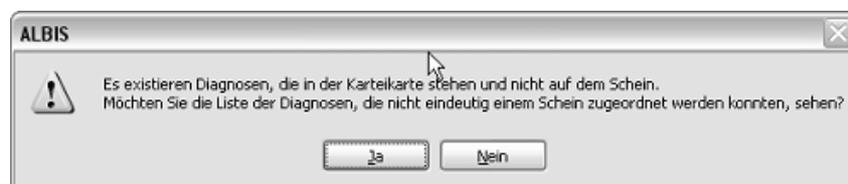


2.13 Ausstellungsdatum des Scheins

Bei Eingabe des Ausstellungsdatums, z. B. während der Neuanlage eines Scheins, wird das von Ihnen eingegebene Datum in die richtige Zeichenfolge **tt.mm.jjjj** formatiert.

2.14 Wartungslauf zum Abgleich der Scheindiagnosen

Nach Einspielen der neuen Version 8.00 wird automatisch eine Wartungsfunktion ausgeführt, die Diagnosen der Karteikarte auf den Schein überträgt, sofern diese eindeutig einem Schein zugewiesen werden können. Für Diagnosen, die nicht eindeutig zugewiesen werden können – evtl. weil der Patient mehrere Scheine besitzt – erscheint nach dem ersten Programmstart bzw. nach Konvertierung der Datenbanken folgender Dialog:



Nach Bestätigung mit **Ja** werden alle diese Diagnosen in einer Liste angezeigt. Eine Bearbeitung der Diagnosen über diese Liste ist per Doppelklick möglich. Sie gelangen direkt auf den Diagnoseeintrag in der Karteikarte, können Sie dort die Diagnose editieren. Nach Eingabe eines Leerschritts hinter der Diagnose und bestätigen mit **Tab** wird diese erneut geprüft sowie entsprechend der Einstellung unter **Optionen Patientenfenster, Register Zuordnung**, im **Bereich Zuordnungen Diagnosen** auf den Schein übernommen. Sie haben natürlich auch die Möglichkeit die Diagnose zu löschen und sie neu in der Karteikarte einzutragen.

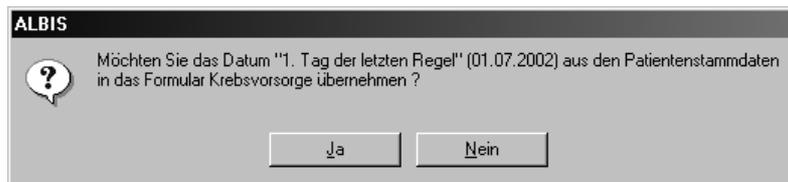
Hinweis:

Falls Sie bei der Abarbeitung der Liste unterbrochen wurden, können Sie diese ganz einfach noch einmal aufrufen. Wählen Sie dazu das Menü `Patient Datei anzeigen` und öffnen im Auswahldialog die Datei `scheindiag.txt`.

3 Formulare

3.1 Übernahme „1. Tag letzte Regel“ in Krebsvorsorge

Zur Übernahme des Datums aus dem Feld `1. Tag der letzten Regel` erscheint ab sofort beim Öffnen der Krebsvorsorge für Frauen eine Abfrage. Damit wird einer Übernahme von nicht mehr aktuellen Daten vorgebeugt und verhindert, dass falsche Daten in das Formular übernommen werden.



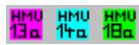
3.2 Stempel im neuen Privatrezept

Die Größe des Praxisstempels zum Druck auf das neue Privatrezept orientiert sich nun wieder an der Einstellung unter `Optionen Geräte Drucker`.

3.3 Druck der Laborwerte im Formular DMP - KHK

Das Format der Laborwerte wird nun korrekt angezeigt und ausgedruckt.

3.4 Anzeige Tooltip für Heilmittelformulare

Der Tooltip für die Symbole der Heilmittelformulare , in der Funktionsleiste `Formular`, wird ab der Version 8.00 vollständig angezeigt.

3.5 Reihenfolge der Buttons auf Formularen

Um Ihnen die Bedienung der ALBIS-Formulare zu erleichtern haben wir die Reihenfolge und die Beschriftung der Druckknöpfe der Formulare vereinheitlicht. So wurde z. B. `OK` in `Drucken` umbenannt und `Abbrechen` in `Abbruch`.

3.6 Sprechstundenbedarfsrezept

Das nachträgliche Löschen von Medikamenten eines Sprechstundenbedarfsrezeptes funktioniert nun wieder korrekt.

3.7 Funktion Drucken

Mit der neuen ALBIS-Version können Sie dem Druckknopf `Drucken` die Funktionalität des Druckknopfs `Spooler` zuweisen. D. h., dass bei Betätigen von `Drucken` – oder von `Return` in der Formularmaske – dieses Formular automatisch in den Spooler gelegt wird.

Über den Menüpunkt `Optionen Formular` können Sie pro Formular den Schalter `Drucken = Spooler` (`Drucken immer über den Spooler`) setzen. Möchten Sie diese Funktion in allen Formularen gleichzeitig nutzen, finden Sie den Schalter `Drucken = Spooler` (`Drucken immer über den Spooler`) über den Druckknopf `Optionen für alle`.

Beispiele:

- An einem bestimmten Arbeitsplatz ist ein Laserdrucker angeschlossen, d.h. die Formulare mit Durchschlag können hier nicht ausgedruckt werden. Für diese Formulare wäre es sinnvoll die Einstellung `Drucken = Spooler` (`Drucken`

immer über den Spooler).

- An einem Arbeitsplatz ist kein Drucker angeschlossen, d.h. die Formulare müssen alle in den Spooler gelegt werden. An diesem Arbeitsplatz wäre es zweckmäßig, wenn die Einstellung Drucken = Spooler (Drucken immer über den Spooler) in den Optionen für alle Formulare vorgenommen würde.

3.8 Funktion Speichern

Mit der neuen ALBIS-Version können Sie Formulare über den Druckknopf Speichern im Spooler ablegen. Dies bietet sich immer dann an, wenn Sie die Formulare zunächst nur teilweise ausfüllen möchten und später, z. B. nach der Durchführung von Untersuchungen oder Tests, die restlichen Daten nachtragen. Im Menü Optionen Formulare finden Sie über den Druckknopf Optionen für alle einen neuen Schalter Speichern = Spooler (Bei Speichern im Spooler vermerken). Dieser Schalter bewirkt, dass alle Formulare, die mit dem Druckknopf Speichern geschlossen wurden, zusätzlich zur Karteikarte im Spooler hinterlegt werden. In der Spoolerliste, aufzurufen über das Menü Patient Spooler, ist ein solcher Eintrag mit UV (=unvollständig) gekennzeichnet. Damit ist für Sie leicht zu erkennen, das ein Formular nur gespeichert wurde und ggf. noch zu bearbeiten ist. Mit F3 können Sie das Formular aus der Spoolerliste aufrufen. Der Spoolereintrag wird dadurch gelöscht. Nachdem Sie die Formulardaten bearbeitet bzw. vervollständigt haben können Sie das Formular entweder ausdrucken oder erneut über den Druckknopf Speichern in den Spooler legen, falls noch weitere Daten nachgetragen werden sollen.

3.9 U3 - Angaben der Winkel

Die Vorgaben zur Angabe von <Alpha-Winkel (Grad)> wurden entfernt. Eine Prüfung findet nun nicht mehr statt.

3.10 BG-Berichte mit hinterlegten Leistungsziffern

Wurde einem Karteikartenkürzel eines BG-Formulars (fbga etc.) ein BG/UV Leistungsziffernvorschlag hinterlegt, konnte es unter Umständen vorkommen, dass zwei Rechnungen angelegt wurden. Eine Rechnung hatte dabei den Bezug zum Bericht, die andere Rechnung zur Leistungsziffer. Dieses Verfahren beim Drucken, Spoolen oder Speichern eines BG-Berichtes wurde korrigiert.

3.11 Blankoformularbedruckung

3.11.1 Blankodruck des BG-Formulars F1050

Der Ausdruck des BG-Blankoformulars F1050 ist mit der neuen Version 8.00 reibungslos möglich.

3.11.2 F6050, F6052 und F6150 – Hautarztberichte als Blankoformular

Die BG-Formulare „Hautarztbericht – F6050“, „Hautarztbericht Verlauf – F6052“ und „Hautarztbericht BK – F6150“ stehen Ihnen mit der Version 8.00 zum Blankoformulardruck zur Verfügung. Dies bedeutet, dass Sie den Ausdruck nicht auf den entsprechenden Vordruckformularen F6050 bzw. F6150 vornehmen müssen, sondern auf weißes Blankobriefpapier ausdrucken. Folgende Möglichkeiten zum Aufruf der Formulare F6050 und F6150 stehen Ihnen zur Verfügung:

- Menüpunkt Formular BG F6050 – Hautarztbericht bzw. Formular BG F6052 – Hautarztbericht Verlauf sowie Formular BG F6150 – Hautarztbericht BK 5105
- Symbole  bzw.  sowie , falls Sie für die Funktionsleiste aktiviert wurden. Dies geschieht über den Menüpunkt Ansicht Formularleiste Anpassen Weitere Formulare (s. auch Handbuch Kapitel 10.6.1 – Funktionsleisten konfigurieren)

- Karteikartenkürzel fa20a bzw. f6052 sowie f6150

4 Arztbrief

4.1 Auswahl <heute> bei Erstellung eines Briefes

Im Auswahldialog der Textvorlagen in der Arztbriefschreibung stehen Ihnen für die Übernahme der Karteikarteneinträge und Labordaten die Druckknöpfe `heute` und `Quartal` zur Verfügung.

Mit diesen Druckknöpfen werden die Datumswerte automatisch entweder auf das aktuelle Tagesdatum bzw. Anfangs- bzw. Endedatum des aktuellen Quartals gestellt.

4.2 Neue Textvariablen

Mit der neuen Version stehen Ihnen folgende neue Textvariablen zur Verfügung:

- `$Land#` - zur Übernahme des Ländercodes aus den Patientenstammdaten. Ist ein Länderkürzel vorhanden, erzeugt diese Variable den Bindestrich automatisch mit, daher ist `$Land#$Plz#` zu schreiben und nicht `$Land#-$Plz#`.
- `$Alter#` - zur Übernahme des Patientenalters in Jahren aus den Patientenstammdaten. Bei unvollständigen Datumswerten, wie z. B. 00.00.2001, werden alle 00 durch 01 ersetzt und dann das Alter berechnet. Bei 00.00.0000 erfolgt eine Leerausgabe.
- `p+ / p-` - unter `Optionen Arztbrief` gibt es für Medikamenteneinträge in der Karteikarte den Schalter `Apothekenverkaufspreis bei Medikamenten` ausgeben. Dieser kann übersteuert werden durch den Variablenparameter `p+` oder `p-`

Beispiel:

1. `$medrp;p+#` - gibt das Medikament immer mit Preis aus, ungeachtet der Einstellungen im Menü `Optionen Arztbrief`

```
06.10.2005: EUR 13.21, Enalapril STADA 2,5mg 30 Tbl. N1  
11.10.2005: EUR 2.10, ASS AL 100 50 Tbl. N3  
11.10.2005: EUR 1.11, ASS STADA 100mg 20 Tbl. N1
```

2. `$medrp;p-#` - gibt das Medikament immer ohne Preis aus, ungeachtet der Einstellungen im Menü `Optionen Arztbrief`

Es ist darauf zu achten, dass eine bündige Ausgabe der Preise nur bei Verwendung von nicht-proportionaler Schrift (z.B. Courier) möglich ist.

Damit Ihnen die neuen Variablen auch über den Menüpunkt `ALBIS in Word` zur Verfügung stehen, ist es nötig, dass Sie das neue Makro nach Microsoft Word kopieren. Lesen Sie dazu bitte die Anweisungen im Handbuch in Kapitel 8.10.6.6. Das Handbuch finden Sie in ALBIS on WINDOWS über den Menüpunkt `? Handbuch`.

5 Labor

5.1 Markierung nach Anforderung löschen

Die Markierung nach dem Löschen einer Laboranforderung wird nun wieder richtig gesetzt.

6 Abrechnung

6.1 Tagtrennung für Abrechnung

Aus aktuellem Anlass weist die KBV darauf hin, dass die Tagtrennung in Abrechnungssystemen nicht automatisiert, sondern nur durch Bestätigung des Arztes erfolgen darf. Dies wird durch eine KBV-Pflichtfunktion untermauert. Bei weiteren Arzt-Patienten-Kontakten muss darüber hinaus eine Uhrzeitangabe erfolgen.

Insbesondere im KV-Bereich Bremen wurde eine vermehrte falsche Handhabung der Tagtrennung beobachtet worden.

Aufgrund dessen haben wir den Text für die Uhrzeitangabe, die eine sogenannte Tagtrennung auslöst von Uhrzeit mit sachlich Trennung (5006) in Uhrzeit (mit Tagtrennung) (5006), geändert.



6.1.1 Sitzungsprüfung

Die GNR-Regelwerksprüfung auf eine Sitzung mit dem GNR-Zusatz Uhrzeit (mit Tagtrennung) (5006) funktioniert nun korrekt.

6.2 PLZ-Prüfung

Ab Quartal 1/2006 ist die Angabe der Postleitzahl eine sogenannte Pflichtangabe für alle Patienten, die per KVDT abgerechnet werden. Außerdem muss es sich um eine gültige PLZ handeln, wenn

- das Einlesedatum der KVK nicht vorhanden ist. Die Versichertendaten wurden also per Ersatzverfahren bzw. Manueller Eingabe erfasst.
- der Kostenträgerabrechnungsbereich (KTAB) ist 00 (= Primärabrechnung).

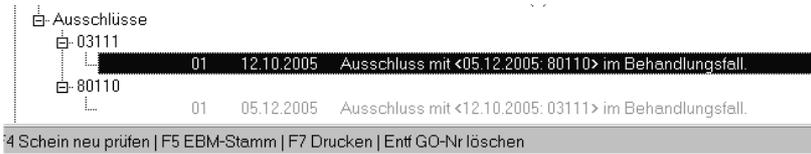
Handelt es sich bei dem Abrechnungsschein z.B. um den Kostenträgerabrechnungsbereich 01 = SVA (Auslandsabkommen), dann wird die Postleitzahl zwar von ALBIS bei Abrechnung Vorbereiten ebenfalls auf Gültigkeit geprüft, in der Abrechnungsdatei für die KV wird aber eine „ungültige“ PLZ durch die PLZ der Praxis ersetzt.

6.3 Optimierungen der GNR-Regelwerksprüfung

6.3.1 EBM 2000plus Regelwerk - Löschen von Ausschlussziffern

Bei Meldungen des EBM 2000plus Regelwerks zu Ausschlussregeln ist es nun möglich, die GNR direkt im Regelwerksprotokoll zu löschen.

In unten angezeigtem Beispiel wurden zwei verschiedene Ordinationsgebühreziffern angesetzt, die nicht nebeneinander berechnungsfähig sind. Markieren Sie die Meldung im Regelwerksprotokoll. Nun können Sie mit der ENTF-Taste die GNR 03111 sowohl von der Scheinrückseite als auch aus der Karteikarte löschen.



Ausschlüsse			
03111	01	12.10.2005	Ausschluss mit <05.12.2005: 80110> im Behandlungsfall.
80110	01	05.12.2005	Ausschluss mit <12.10.2005: 03111> im Behandlungsfall.

4 Schein neu prüfen | F5 EBM-Stamm | F7 Drucken | Entf GO-Nr löschen

Im Regelwerksprotokoll wird die gelöschte Ziffer sowie die damit in Verbindung stehenden Folgefehler mit grauer Schrift als bearbeitet markiert.

6.3.2 Grundleistungen

Die Abrechnung von Ziffern, die sogenannte „Grundleistungen“ voraussetzen, z. B. 03352 in Kombination mit der Ziffer 01720, bringt nun keinen Hinweis mehr in der Regelprüfung.

Prüfung	Arzt	Datum	Fehlerbeschreibung	Wert	Prüfzeit	Leist
Abrechnung (4/05), Kindt, Anna (12)						
Allgemein						
Ordnation						
Ordnationskomplex im Behandlungsfall nicht abgerechnet.						
Grundleistung						
03352	RH	13.10.2005	Die GO-Nr. setzt im Behandlungsfall die GNR <01720, 01719, 01718, 01717, 01716, 01715, 01714, 0...	190 Pkt	00:06 TQ	Zusch

6.3.3 Zählung der Arzt-Patienten-Kontakte

Die Auszählung der Arzt-Patienten-Kontakten arbeitet nun genau.

6.4 KVDT - eMail-Adresse Praxis (FK 0218)

Die eMail-Adresse der Praxis wird nun in der KVDT-Abrechnungsdatei in Feldkennung (FK) 0218 übertragen. Voraussetzung hierfür ist die Angabe der eMail-Adresse der Praxis in Stammdaten Praxisdaten.

Wichtiger Hinweis:

Erhalten Sie nachfolgende Fehlermeldung nach Erstellung der Abrechnung für Quartal 4/2005, so entfernen Sie bitte für die Abrechnung 4/2005 die e-Mail-Adresse unter Stammdaten Praxisdaten und erstellen die Abrechnung neu.

Praxisdaten	
XDT-FK (F*/16)	"#0218" diese Feldkennung ist in diesem Satz nicht erlaubt. Bitte setzen Sie sich mit Ihrem Systemhaus in Verbindung.
XML-Fehler (F*/16)	Zu einem Feld aus der Liste 'Arztnummer (Feld 0201), GO-Stammdatei-Version (Feld 9233)' wurden keine Angaben gemacht. Falsche Stelle für das Feld: '#0218'. Element '/xdtdata/container/sprax/#0218'.

6.5 KBV: GNR-Zusatz "GNR als Begründung FK 5036

Lt. KBV-Pflichtfunktionen muss der Zusatz 5036 (GNR als Begründung) n-fach abrechenbar sein.

Hinweis:

Dies war in ALBIS on WINDOWS bisher schon möglich, da für folgende GNR Zusätze keine Prüfung **während der Eingabe** auf max. Vorkommen erfolgte:

- 5020, Wiederholungsuntersuchung
- 5024, Kennzeichnung poststationärer Leistungen
- 5025, Aufnahme datum
- 5026, Entlassdatum
- 5034, OP-Datum
- 5035, OP-Schlüssel
- 5036, GNR als Begründung
- 5037, OP Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit
- 5038, OP Komplikation
- 5040, Pat-Nr. des FEK Bogens (neu ab 1/2006)

Bei Abrechnung Vorbereiten im Internen Fehlerprotokoll existiert diese Prüfung nicht, sondern ein Hinweis erfolgt nur im KVDT-Prüfprotokoll.

6.6 KBV: GNR-Zusatz "PatNr. FEK-Bogen (FK 5040)

Die KBV hat einen neuen GNR-Zusatz für die Abrechnung per KVDT festgelegt. Es handelt sich hierbei um ein neues Begründungsfeld, wenn eine "Totale Koloskopie gemäß Krebs-

früherkennungsrichtlinien" nach den Ziffern 01741 bzw. 01741M abgerechnet wird. Diese Vorgabe gilt gemäß dem Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen bundeseinheitlich.

Der neue GNR Zusatz Patienten-Nr. des FEK Bogens (FK 5040) kann über den Dialog GNR Zusatz oder über die direkte Eingabe hinter der Gebührennummer mit maximal 8 Stellen erfasst werden.

6.7 Praxisdaten: Kennzeichnung der Leistungen

Für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen gibt es die Möglichkeit der Leistungskennzeichnung. In der Abrechnungsdatei werden Leistungen mit der Feldkennung 5039 und 5023 gekennzeichnet. Wobei die Feldkennung 5023 eigentlich als individueller GNR-Zusatz (direkte Eingabe bei Leistungserfassung) gedacht ist. Eine globale Kennzeichnung aller Leistungen erfolgt normalerweise im Feld 5039. Die erforderliche Einstellung erfolgt in ALBIS unter Stammdaten Praxisdaten. Im Feld KV Kürzel kann ein 3-stelliges Kürzel eingetragen werden. Bisher konnte entschieden werden, in welcher Feldkennung dieses Kürzel in der Abrechnungsdatei übertragen werden muss, entweder FK 5039 oder FK 5023 (speziell für KV Bayern integriert). Zusätzlich zur FK 5039 ist es jetzt möglich für einen Arzt ein weiteres Kürzel für die FK 5023 zu hinterlegen und damit automatisch bei den Leistungen dieses Arztes **beide Kennungen** zu übertragen.

Aktueller Fall ist, dass z.B. ein MVZ oder eine fachübergreifende GP zusätzlich zur FK 5039 (3-stelliges Kürzel) noch eine weitere Kennzeichnung mittels FK 5023 (1-stellig) vornehmen muss. Dies bedeutet, dass der Dialog Stammdaten Praxisdaten um das entsprechende optimiert wurde, damit beide Angaben gleichzeitig möglich sind.

Name:	Dr. med. Jochen Albis		
Gruppe:	Innere Medizin-Facharzt (080)		
Kürzel intern:	01	KV-Arzt	Knappschaftsarztnr.:
Arzt-Nr. f. Abrechnung:	1811111		f. Formulare:
KV-Kürzel (5039):	H01	Erläuterung:	
KV-Kürzel (5023):	S		
E-Mail:			

7 Privatliquidation

7.1 Einleitungs- und Schlusssatz patientenbezogen

Mit der neuen Version von ALBIS on WINDOWS können Sie mit Hilfe von Textvariablen eine individuelle Patienten- bzw. Rechnungsempfängeranrede einstellen.

Im Menü Optionen Privatliquidation im Register Rechnung:Texte können Sie die Textvariablen, analog zur Arztbriefschreibung, in den Bereichen Einleitungs- und Schlusssatz erfassen.

Beispiel:

Die Eingabe von ...

Einleitungssatz
Sehr geehrte\$r# \$Anrede# \$Titel# \$Nachname#,
für unsere ärztlichen Leistungen erlauben wir uns zu liquidieren:
Schlusssatz
Bitte überweisen Sie den Betrag bis zum \$Datum+ZW auf o.g. Konto.

ersetzt im Ausdruck der Privatliquidation den Text wie folgt:

Einleitungssatz:

Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Janssen,
für unsere ärztlichen Leistungen erlauben wir uns zu liquidieren:

Schlusssatz:

Bitte überweisen Sie den Betrag bis zum 02.01.2006 auf o.g. Konto.

Hinweis:

Wurde für die Privatliquidation ein alternativer Rechnungsempfänger festgelegt, werden diese Adressdaten anstelle der Patientenadresse für die Rechnungserstellung übernommen. Bitte beachten Sie, dass für den alternativen Rechnungsempfänger keine Geschlechtszuweisung vorgenommen werden kann und somit die Variable \$x# keine Funktionalität besitzt.

Ebenso ist diese Funktion nicht für die Rechnungserstellung per Sammelrechnung geeignet, da es sich um patientenbezogenen Variablen handelt

Wir werden diese Funktionalität mit den nächsten ALBIS-Updates erweitern, so dass auch in den oben genannten Fällen mit Variablen und individueller Anrede gearbeitet werden kann.

7.2 PAD-Vorbereitung . Leistungen bis

Für die Vorbereitung Ihrer PAD-Abrechnung über das Menü *Privat PAD Vorbereitung* können Sie jetzt auch für die Auswahl *Markierte eine Leistungsdatumsgrenze* im Feld *Leistungen bis* angeben.

7.3 Rechnungsempfänger für BG

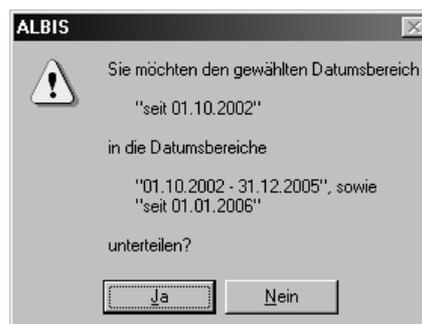
Mit der neuen Version haben Sie die Möglichkeit Privatrechnungen auf Basis der BG/UV-GOÄ zu erstellen, z.B. für die Abrechnung arbeitsmedizinischer Leistungen. In *Stammdaten Rechnungsarten* steht Ihnen für die Gebührenordnung BG/UV ein neuer Schalter

Privatrechnung zur Verfügung. Ist dieser gesetzt, so können Sie mit der gewählten Rechnungsart Privatrechnungen mit Ziffern der BG/UV-GOÄ anlegen. Das Layout der Rechnung entspricht der "normalen" Privatrechnung.

7.4 Verträge Dienstunfall Bahn und Post

Die Unfallversicherungsträger der Post- und Bahnbeamten haben eine Tarifierung zum 1. Januar verabschiedet. Die Steigerungsfaktoren für die GOÄ-Leistungen wurden von 1,65 auf 1,75 angehoben. Die Post- und Bahnbeamtenunfalltarife sind nicht als errechnete Werte in der GOÄ hinterlegt, sondern ergeben sich aus dem Grundwert der GOÄ multipliziert mit dem Faktor des Kostenträgers.

Um die Rechnungsarten anzupassen verzweigen Sie bitte in das Menü *Stammdaten Rechnungsarten*, wählen dort bitte die Rechnungsart *Bahnunfall* mit eingetragenem *Gültig von-Datum 01.10.2002* an und betätigen den Druckknopf *Neu: Datumsbereich*. Bestätigen Sie die nachfolgende Meldung mit *Ja* um den Datumsbereich einzuschränken und die neue Rechnungsart zu eröffnen.



Im Anschluss ist die Rechnungsart mit dem Datum 31.12.2005 begrenzt und eine neue wurde mit Gültig von: 01.01.2006 angelegt. Anschließend passen Sie bitte über den Druckknopf Ändern die Faktorzuordnung für ärztliche und technische Leistungen gemäß den Vorgaben an. Für die Laborleistungen ändert sich der Faktor nicht.

Für die Rechnungsart Postunfall führen Sie bitte oben beschriebenes Verfahren erneut aus.

Hinweis:

Beachten Sie dazu bitte die Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt Nr. 48.

7.5 Anwender – Tipp: Umsatzsteuer bei Schönheitsoperationen und nicht medizinisch indizierten Therapien

Dr. med. Darius Alamouti, Schulstr. 30, 44623 Herne (www.dariusalamouti.de), Mitglied der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland und Facharzt für Dermatologie und Venerologie weist auf folgendes hin:

Nach der Rechtsprechung des EuGH (Europäischer Gerichtshof) fällt nur die Heilbehandlung und die Vorsorgemedizin unter die umsatzsteuerfreie Behandlung von ärztlichen Leistungen. Befreit wären somit nur diejenigen Leistungen, deren Zweck dem Schutz der menschlichen Gesundheit dient.

Der EuGH legt diese Bestimmung dahingehend aus, dass medizinische Leistungen, die nicht der medizinischen Behandlung einer Krankheit oder anderen Gesundheitsstörungen dienen, nicht in diesen Anwendungsbereich fallen.

Die Entscheidung, ob eine Schönheitsoperation oder nicht medizinisch indizierte Therapie ("nmiT") als Heilbehandlung beziehungsweise als Vorsorgemedizin die Gesundheit des Patienten schützt, kann nur vom Arzt selbst getroffen werden. Ist dies der Fall, liegt eine umsatzsteuerfreie ärztliche Leistung vor.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Schönheitsoperation oder "nmiT", sofern deren Zweck nicht dem Schutz der menschlichen Gesundheit dient, als umsatzsteuerpflichtige Leistung zu behandeln ist und dem Steuersatz von 16% unterliegt. Die Entscheidung des Arztes über die Notwendigkeit der Operation ist für die Finanzverwaltung bindend.

Bitte informieren Sie Ihren Steuerberater sofern dieser nicht von selbst an Sie herangetreten ist, ab dem Jahr 2004 eine Umsatzsteuererklärung abzugeben, wenn ästhetisch-chirurgische Maßnahmen oder "nmiT" durchgeführt werden. Dies gilt auch dann, wenn Sie der Meinung sind, dass Sie nur medizinisch bedingte Therapie durchführen. Die Umsatzsteuererklärung kann auch abgegeben werden mit der Mitteilung, dass Sie keine umsatzsteuerpflichtigen Leistungen erbringen. Geben Sie keine entsprechende Erklärung ab, kann Ihnen möglicherweise der Vorwurf der Steuerhinterziehung gemacht werden.

Hinweis:

Lesen Sie im Handbuch Kapitel 8.18.6 um Rechnungsarten prozentual zu mindern oder zu erhöhen.

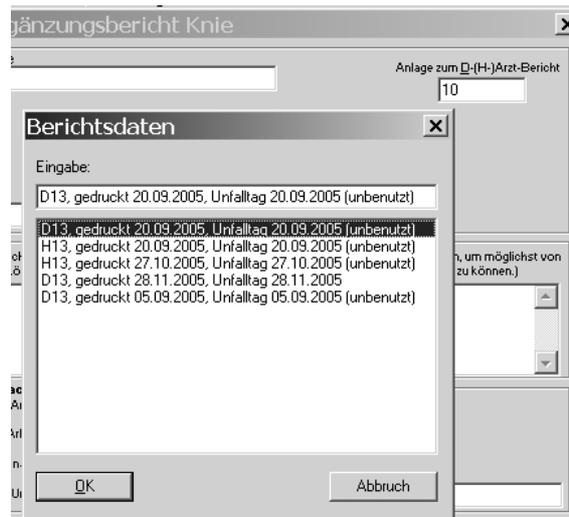
8 DALE-UV**8.1 Ergänzungsberichte F1004 / F1008**

Mit dieser ALBIS-Version stehen in für den elektronischen Versand der BG-Berichte (DALE-UV) die Ergänzungsberichte F1004 (Ergänzungsbericht Knieverletzung) und F1008 (Ergänzungsbericht Verbrennung) zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um Ergänzungsberichte zum Durchgangs- bzw. H-Arzt-Bericht. Bitte beachten Sie, dass für das Versenden dieser Ergänzungsberichte zuvor ein F1000 oder F1020 zu erstellen ist. Die

Versandnummer, auch DU-Nummer genannt, des Durchgangsarztberichtes oder des H-Arzt-Berichtes, muss bei den Ergänzungsberichten via DALE-UV unbedingt mit übermittelt werden, da ansonsten das Formular nicht angenommen wird.

D. h., dass entweder der Durchgangsarztbericht oder H-Arztbericht direkt zusammen mit den Ergänzungsberichten zu versenden ist oder aber zuvor ein D- bzw. H-Arztbericht versendet wurde.

Beachten Sie beim Ausfüllen der Ergänzungsberichte das Feld . In diesem Feld ist die D-/ bzw. H-Berichtsnummer eingetragen, oder Sie können durch Aktivierung der Funktionstaste F3 eine Verknüpfung zu bereits erstellten D-/ oder H-Arztberichten vornehmen.



8.2 Minderung der Erwerbsfähigkeit

In der Eingabemaske im Feld Minderung der Erwerbsfähigkeit (%) kann nur noch ein 3stelliger numerischer Wert erfasst werden.

8.3 BG F1000 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Multiselekt

In der Version 0104 des Formulars F1000 (Durchgangsarztbericht) wurden die Ausschlüsse im Feld 13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wie folgt angepasst:

- arbeitsfähig ist ein alleiniges Feld
- arbeitsunfähig ab muss entweder mit voraussichtlich arbeitsfähig ab oder voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig kombinierbar sein.
- voraussichtlich arbeitsfähig ab und voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig müssen sich untereinander und mit arbeitsfähig ausschließen.

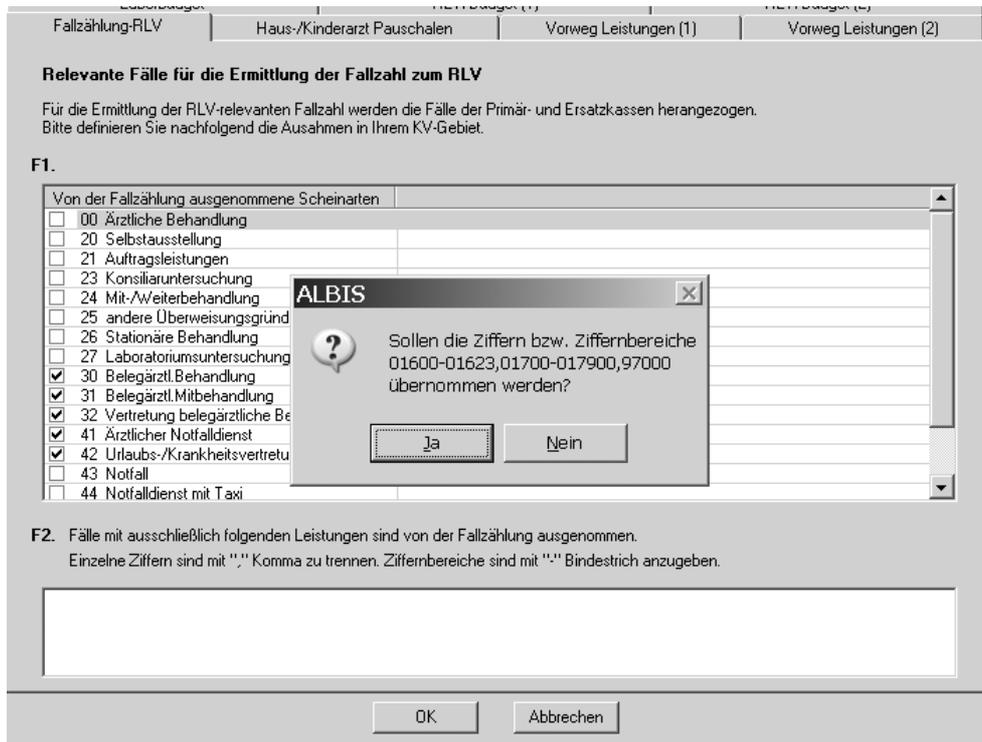
9 Statistik

9.1 Optimierung der Optionen zur EBM 2000plus Leistungsstatistik

Auf dem Register Fallzählung-RLV im **Bereich F2**, können Leistungsziffern erfasst werden, die zum Ausschluss dieses Falles für die Fallzählung herangezogen werden, sofern ausschließlich diese Leistungen abgerechnet werden.

In den meisten KV Gebieten, handelt es sich hier um Leistungsziffern, die auch auf dem Register Vorweg Leistungen (2) im **Bereich V4**, hinterlegt sind. Um Ihnen die Eingabe auf dem Register Fallzählung RLV im Bereich F2, zu vereinfachen, haben Sie nun die

Möglichkeit im **Bereich F2**, durch Aufruf der Funktionstaste F5, die Leistungsziffern des Registers *Vorweg Leistungen (2)* aus dem **Bereich V4**, zu übernehmen.

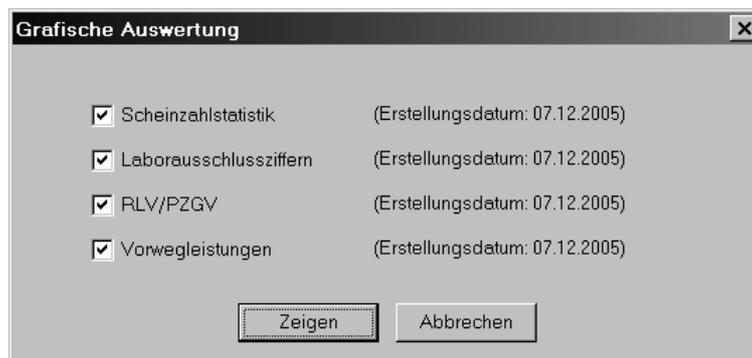


Mit der Funktionstaste F5, werden Ihnen die Leistungsziffern des Registers *Vorweg Leistungen (2)* aus dem **Bereich V4. Zifferngruppen als Vorwegleistung**, zur Übernahme angeboten.

9.2 RLV- Statistik graphische Auswertung

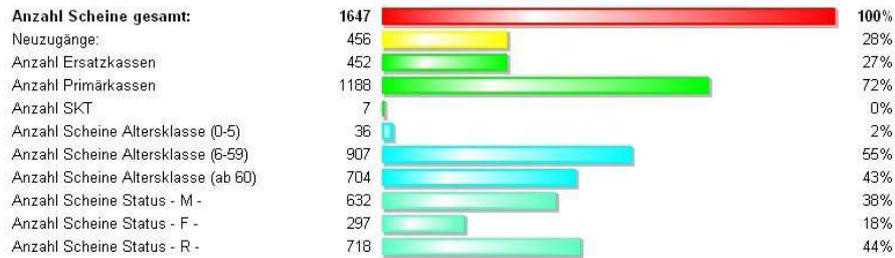
Über den Menüpunkt *Statistik Leistungsstatistik Grafische Auswertung* können die zuvor erstellten EBM 2000plus-Statistiken grafisch dargestellt werden.

Wurde noch keine grafisch anzeigbare Statistik erstellt, erscheint eine entsprechende Hinweismeldung.



Im Dialog *Grafische Auswertung* wird Ihnen angezeigt welche Statistiken zuletzt erstellt wurden. Es stehen Ihnen die Scheinzahl-, Laborausschluss- oder Auswertung HVM Statistik zur grafischen Anzeige zur Verfügung. Die „Auswertung HVM“-Statistik ist für die Grafikanzeige aufgeteilt in RLV-Statistik und Vorwegleistungen.

Scheinzahlstatistik



Hinweis:

Die Statistiken werden im lokalen Arbeitsplatzverzeichnis gespeichert und müssen daher auch pro Arbeitsplatz erstellt und aufgerufen werden.

9.3 EBM 2000plus Ziffernstatistik – Fachgruppen Vergleich

Mit der neuen ALBIS-Version können Sie die Ausgabe der Ziffernstatistik um eine zusätzliche Spalte, mit dem Fachgruppen Vergleich, erweitern.

9.3.1 Den Fachgruppenvergleichswert eintragen

Verzweigen Sie über das Menü Stammdaten EBM EBM 2000plus in den GO-Stamm. Wählen Sie dort die entsprechende Ziffer aus und betätigen Sie den Druckknopf Details. Über den Druckknopf Ändern ist nun gestattet, Veränderungen an der Beschreibung der Ziffer vorzunehmen. Tragen Sie im **Bereich Leistungsbeschreibung** den entsprechenden Vergleichswert im Feld Vergleich FG ein.

Hinweis:

Sofern Sie in einer Praxisgemeinschaft tätig sind, müssen Sie noch die entsprechende Arzt-Nr. wählen.

9.3.2 Ausgabe des Fachgruppenvergleichs in der Ziffernstatistik

Wählen Sie im Menü Statistik Leistungsstatistik den Punkt EBM 2000plus Ziffernstatistik. Im nachfolgenden Statistikauswahldialog, können Sie den Schalter Vergleich FG Vergleich setzen. Starten Sie die Erstellung der Liste in gewohnter Weise mit dem Druckknopf OK. In der Ausgabe der Statistik wird die Spalte FG-Vgl. hinzugefügt.

GO-Nr.	Anzahl gesamt	Ertrag	FG-Vgl.
01210	1	500 P	45.00%
03210	2	910 P	20.00%

9.3.3 Durchschnitt in %

Möchten Sie die Ausgabe um eine Spalte mit Durchschnittswerten erweitern, so setzen Sie im Auswahldialog vor der Statistikerstellung über Statistik Leistungsstatistik EBM 2000plus Ziffernstatistik den Schalter Durchschnitt in % Durchschnitt in %.

GO-Nr.	Anzahl gesamt	Ertrag	proz.
01210	1	500 P	50.00%
03210	2	910 P	100.00%

Hinweis:

Für die Berechnung des Durchschnitts wird die Anzahl der GO-Nr. durch die Anzahl der Fälle dividiert.

9.4 Fallzählung Haus-/Kinderärztliche Bereitschaftspauschale

Die Abrechnungsbestimmung der haus- und kinderärztlichen Bereitschaftspauschale (03005/04005) wurde zum 01.07.2005 geändert. Die Bereitschaftspauschale wird für Fälle im Notfall und im organisierten Notfalldienst nicht mehr berücksichtigt. Diese Änderung hat Auswirkungen auf Ihre EBM 2000plus Leistungsstatistik für die Berechnung der Haus- und Kinderarztspauschalen. ALBIS on WINDOWS berücksichtigt diese Regelung mit der Version 8.00. Ihre KV setzt diese GNR automatisch für die betroffenen Behandlungsfälle zu.

9.5 Leistungsstatistik KV Berlin

Die Berechnung des Individualbudgets für den Bereich KV Berlin wird nun für Primär- und Ersatzkassen getrennt ausgegeben.

Praxen aus dem Bereich KV Berlin müssen deshalb dringend ihre Einstellungen der Punktwerte für das Individualbudget kontrollieren, da die Erfassungsmaske erweitert wurde.

Wählen Sie dazu Optionen Statistik EBM 2000plus. Über die Funktion Berechnung festlegen korrigieren Sie bitte die Einträge auf dem Register RLV Budget (1) Druckknopf Werte eingeben.

Wir weisen daraufhin, dass die abgerechneten Laborleistungen lt. KV-Angaben im Individualbudget berücksichtigt werden müssen. ALBIS on WINDOWS bezieht die Laborleistungen z.Zt. noch nicht in das Individualbudget ein.

9.6 Zeitprofil: Ordinationskomplex und Beratungsziffer

Die Berechnung von Ordinationskomplexen und Beratungsziffern nebeneinander (z.B. 03111-03112 und 03120) setzt eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten voraus, um die Beratungsziffer abrechnen zu dürfen.

Laut Auslegung einiger KVen erhöht sich dadurch auch die Prüfzeit für das Tagesprofil um 10 Minuten wenn neben dem Ordinationskomplex eine Beratungsziffer abgerechnet werden soll. Damit wird der längeren Gesprächsdauer mit dem Patienten (mindestens 20 Minuten) Rechnung getragen. Der Ordinationskomplex erhält in solchen Fällen eine zusätzliche Prüfzeit. Dies bedeutet, dass die Tagesprüfzeit beim gleichzeitigen Ansatz einem Ordinationskomplex und einer Beratungsziffer in der selben Sitzung insgesamt 20 Minuten beträgt.

Dieser Sachverhalt wird im Tagesprofil der Zeitstatistik mit der Version 8.00 berücksichtigt. Diese abweichende Berechnung der Tagesprofilberechnung ist in Optionen Statistik Einstellungen EBM 2000plus Zeitprofile schaltbar. Setzen Sie dazu den Schalter Ordi-Komplex + Gesprächsziffer Tagesprofil (20 Minuten).

Beachten Sie bitte, dass die Quartalsprüfzeit für diesen Fall ebenfalls mindestens 20 Minuten beträgt.

9.7 Tagesprotokoll: Scheinbezug der Diagnosen darstellen

Im der Anzeige des Tagesprotokolls können Sie mit der neuen Version den Bezug der Diagnosen zum Schein darstellen.

Ein Beispiel haben wir Ihnen nachfolgend aufgelistet:

Sonnenschein, Hermine	(28)	24.03.1977,	AOK Rheinland-Pfalz,	(neu)
JA	02.12.2005	dia	Abrechnung	Diagnosentext...
JA	03.12.2005	dia	Überweisung (24)	Diagnosentext...
JA	05.12.2005	dia	Notfall (41)	Diagnosentext...
JA	08.12.2005	dia	Belegarzt (30)	Diagnosentext...
JA	12.12.2005	dia	Rechnung	Diagnosentext...
JA	13.12.2005	dia	BG Allg.Heilbeh.	Diagnosentext..

Der angezeigte Wert in Klammern hinter dem Scheintyp gibt die Scheinuntergruppe an (z. B. 24 - Mit-/Weiterbehandlung, 41 - Ärztlicher Notfalldienst, 30 – Belegärztl. Behandlung).

Im Auswahldialog vor Erstellung des Tagesprotokolls können Sie diesen Scheinbezug im **Bereich Ausgabe** durch setzen des Schalters Diagnose mit Scheinbezug einstellen.

9.8 Diagnosestatistik: Auswahl der Scheinarten

Über Optionen Statistik Einstellungen im Register Medikamenten-/Diagnosestatistik können Sie nun ebenfalls den Scheinbezug zu den erfassten Diagnosen anzeigen lassen.

Im **Bereich Diagnosen** können Sie über den Druckknopf Weitere Optionen eine Gruppierung für die Darstellung der Diagnosestatistik, getrennt nach Scheintypen und Scheinarten (=Scheinuntergruppen) festlegen. Die Scheinarten/-typen werden der aktuell eingestellten Gruppierung nach Versichertenstatus und/oder Altersgruppen, nach Kassengruppen untersortiert.

9.9 Freie Statistik: Auswertung nach Ländercode

Auf dem Register Patient in der Freien Statistik können Sie eine Suche nach Nationalität / Ländercode einstellen. Voraussetzung für ein korrektes Ergebnis ist die Angabe der Nationalität in den Patientenstammdaten.

Die Einstellung...	bedeutet, dass ...
Unbeachtet	die Statistik ungeachtet der eingetragenen oder nicht erfassten Nationalität gesamthaft erstellt wird.
Deutsch	die Statistik nur die Patienten berücksichtigt, die im Patientenstamm ein d oder D bzw. deutsch, Deutscher oder Deutschland eingetragen ist.
Andere	die Auswertung nur die Patienten berücksichtigt, zu denen eine andere Zeichenfolge als d oder D bzw. deutsch, Deutscher oder Deutschland eingetragen ist.

Durch diese neue Suchfunktion sind fehlende Einträge zur Nationalität schnell zu erkennen und können ggf. nachgetragen werden. Über das Register Ausgabe können Sie im Bereich Auswahl den Punkt Nationalität als weitere Infospalte in der Statistik-Ausgabe hinzufügen. Möchten Sie zusätzlich die Ergebnisse nach Nationalität sortieren, so geschieht dies durch Selektion des Eintrages Patient Nationalität in der Auswahlbox Sortiert nach. Bei einer Sortierung Patient Nationalität wird ebenfalls nach Familienname des Patienten innerhalb eines Landes sortiert.

9.10 Scheinzahlstatistik für den einzelnen Arzt

Die Scheinzahlstatistik kann nun wieder pro Arzt erstellt werden.

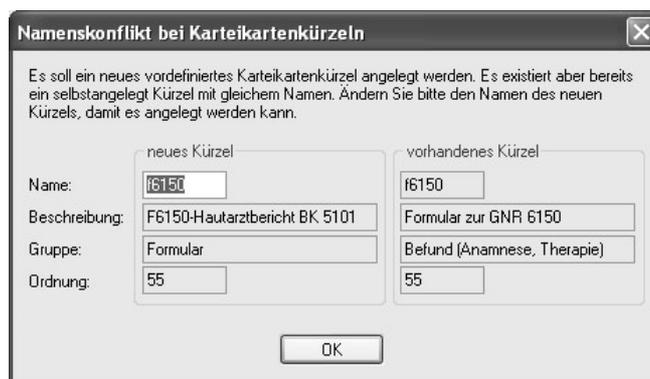
10 Stammdaten

10.1 Karteikartenfilter pro Arbeitsplatz sperren

Um auch die Karteikartenfilter nicht nur benutzer- sondern auch arbeitsplatzspezifisch einzustellen, wurde unter Stammdaten Karteikarte Karteikartenfilter der Schalter Filter für diesen Arbeitsplatz sperren eingefügt. Wurde der Schalter gesetzt, so ist für diesen Arbeitsplatz der Filter in der Auswahlbox nicht mehr verfügbar.

10.2 Namenskonflikte bei neuen Karteikartenkürzeln auflösen

Bei der automatischen Erweiterung der Liste der Karteikartenkürzel über ein ALBIS-Update, z. B. wegen Auslieferung neuer Formulare oder neuer Funktionen, kommt es nun nicht mehr zu „Namenskonflikten“. Ist in den Karteikartenkürzeln ein gleichnamiges Kürzel vorhanden erscheint nun folgender Dialog um eine Anpassung vorzunehmen:



Das Dialogfenster zeigt den Vergleich zweier Karteikartenkürzeln:

neues Kürzel		vorhandenes Kürzel	
Name:	f6150	f6150	
Beschreibung:	F6150-Hautarztbericht BK 5101	Formular zur GNR 6150	
Gruppe:	Formular	Befund (Anamnese, Therapie)	
Ordnung:	55	55	

Ein OK-Knopf befindet sich unten in der Mitte.

Im **Bereich vorhandenes Kürzel** werden die Daten des Kürzel der Praxis aufgeführt. Diese können nicht verändert werden. Legen Sie bitte im **Bereich neues Kürzel** im Feld Name ein entsprechendes Kürzel fest.

10.3 Umschläge Drucken für BG/KH und Krankenkassen

In den Stammdialogen BG/KH und Krankenkassen existiert mit der neuen Version die Funktion Drucken. Nach Auswahl einer Adresse und betätigen von Drucken erscheint der Auswahldialog der Textvorlagen.

Bei der Erstellung der Textvorlagen werden die Variablennamen dabei wie folgt verwendet:

\$Nachname#	Entspricht hier der Institution <ul style="list-style-type: none"> ▪ BG-Name-lang 1-3 wobei die 3 Teile jeweils in eine neue Zeile geschrieben werden ▪ Krankenhaus ▪ Kassenname
\$Straße#	Ersetzt wie üblich den Straßennamen. Bei Krankenkassen wird, wenn vorhanden, die Postfachanschrift inklusive der passenden PLZ verwendet.
\$PLZ# \$Ort#	Ersetzung wie üblich. Bei Krankenkassen wird, wenn vorhanden, die Postfachanschrift inklusive der passenden PLZ verwendet.

10.4 ICD-10-GM Stamm für 2006

Mit dem Einspielen des ALBIS-Updates 8.00 steht Ihnen automatisch der neue ICD-10-GM (Version 2006) zur Verfügung.

Die neue Version berücksichtigt alle Änderungen der Weltgesundheitsorganisation, die im Jahre 2006 implementiert werden müssen. Es sind sowohl einige ICD-Codes weggefallen, als auch neue hinzugekommen.

Möglichkeit einen Umsetzungs-Code einzutragen bzw. über die Funktionstasten F3 ICD bzw. F4 Thesaurus einen zur Umsetzung gewünschten Schlüssel aus dem gewohnten ICD-Gesamtbestand auszuwählen.

TIPP:

Wählen Sie F4 Thesaurus zur Findung des neuen ICDs, so wird automatisch der Text des „alten“ ICD als Suchtext übernommen, ohne dass Sie einen Suchtext eingeben.

In der Spalte Text alt/neu wird festgelegt, ob der alte oder der neue Text nach der Umsetzung im Schein bzw. in der Karteikarte angezeigt werden soll. Standardmäßig ist hier n für neu eingetragen. Durch Anklicken und Eintrag von a für alt wird der Wortlaut aus Spalte Text (alt) beibehalten.

Wenn Sie die zur Umsetzung anstehenden ICDs wie oben beschrieben vorbereitet haben, wird mit Klick auf OK der Korrekturlauf gestartet.

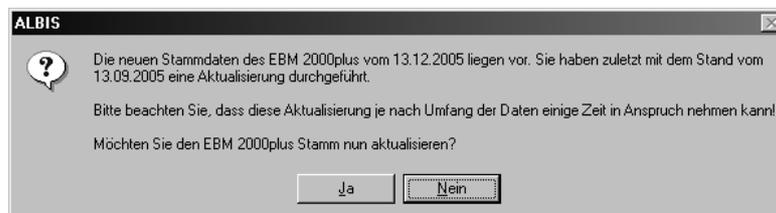
Während des Korrekturlaufs der Kleinen Liste werden gleichzeitig falsch zugeordnete Notationskennzeichen überprüft und mit dem neuen ICD-10 GM, Version 2006 abgeglichen.

Beim Umsetzen der Dauerdiagnosen werden Privatpatienten übersprungen. Die Wandlung der Scheindiagnosen beginnt in Quartal 1/06 und überspringt Scheine, die bereits archiviert wurden.

10.5 Optimierung der Aktualisierung EBM 2000plus

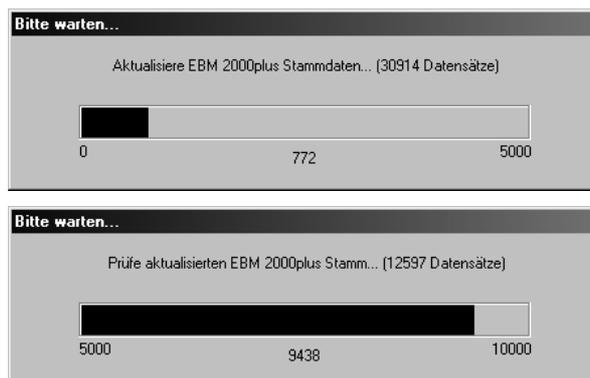
Aufgrund der großen Datenmengen und der daraus resultierenden hohen Wartezeit bei der Aktualisierung des EBM 2000plus, haben wir die Hinweise der ALBIS-Anwender zum Anlass genommen und die Dialoge entsprechend angepasst.

Nach Aufruf der Funktion Stammdaten EBM EBM 2000plus Aktualisieren erscheint folgender Dialog, der Sie auf den Zeitbedarf des Aktualisierungslaufs hinweist.



Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen aufgrund der unterschiedlichen Datenmengen pro KV-Gebiet und der unterschiedlichen Hardwarevorkommen in den Praxen keine genaue Dauer der Aktualisierung einblenden können.

Die Phasen der Aktualisierung sind für Sie nun optisch getrennt dargestellt, wodurch Sie besser über den aktuellen Stand der Aktualisierung informiert sind.

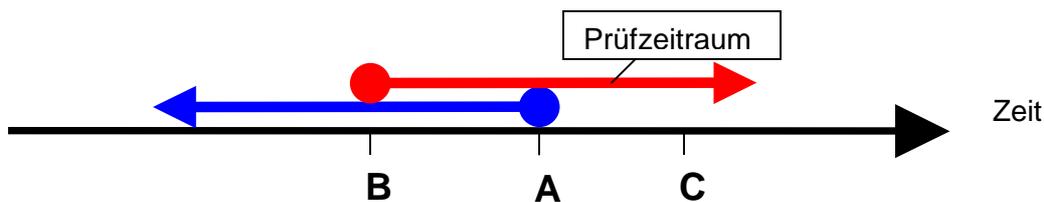


10.6 Bezugsraum "n Tage nach OP-Ziffer"

Die Prüfung von Leistungen, die für einen Bezugsraum "im Zeitraum von n Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2" im EBM 2000plus vorgesehen sind, wurde überarbeitet. Die Ausschluss- und Anzahlprüfung erfolgt nun korrekt nach folgendem Schema:

- GNR A: Prüfziffer
- GNR B: OP-Ziffer (aus Kap 31.2)
- GNR C: Ausschluss mit A im Zeitraum von n Tagen nach Erbringung...

Zeitraumbestimmung: Gehe von A maximal n Tage rückwärts in der Zeit. Die zuerst gefundene Kap31.2-Ziffer B definiert den Startpunkt für den nTage-Prüfzeitraum.



Ausschluss: GNR C darf nicht im Prüfzeitraum liegen

Anzahlbedingung: Maximale Anzahl der GNR A im Prüfzeitraum.

10.7 GNR-Zusatz OPSchlüssel (5035)

Die Angabe des OPS ist lt. KBV Pflichtfunktion auf korrekte und plausible Erfassung zu prüfen:

Dies erfolgt in ALBIS an folgenden Stellen:

- im Dialog *GNR Zusatz* wird nun bei Eingabe des OPS die korrekte Info in der Statuszeile eingegeben
- Außerdem wird dort beim Verlassen mit OK das Format des OPS Schlüssel geprüft.
- bei Abrechnung *Vorbereiten*

Zusätzlich wird nun im Dialog *GNR Zusatz* bei einer fehlenden oder fehlerhaften Eingabe der Fokus in das Eingabefeld gesetzt.

10.8 Medikamentendatenbank (MMI Pharmindex)

Mit dem Update 8.00 steht Ihnen die Medikamentendatenbank in der neuesten Version 20051201 (Stand 29.11.2005) zur Verfügung.

Auf vielfachen Wunsch wurde die Funktionalität zur Auswahl eines Präparates aus der Medikamentendatenbank wie folgt geändert:

Beispiel:

Sie befinden sich auf einem Rezeptdialog, tragen z.B. „adal“ ein und verzweigen mit F3 in den MMI Pharmindex zur konkreten Auswahl des Medikamentes. So erhalten Sie folgenden Dialog, indem Sie nun gezielt mit der Maus oder der ↓-Taste Ihre Wahl treffen müssen. Die erste Packungsgröße ist nicht mehr automatisch zur Übernahme vorgelegt, damit nicht versehentlich per Enter-Taste eine falsche Auswahl bestätigt wird.

MMI Pharmindex - Medikamentenpreise Stand 29.11.2005

Suchname: Suche nach:

Medikament:

Präparate:	Darreichungsform:	Packung:
Adalat®		
Adalat 10 Gerke		
Adalat 10 kohlfarma		
Adalat 10mg Beraqena		
Adalat 10 Westen		
Adalat ACA		

Wird im MMI Pharmindex nur ein Medikament aufgrund Ihres eingetragenen „Suchtextes“ gefunden, so wird die erste Packungsgröße zur Übernahme vorbelegt.

Beispiel:

Suchtext im Rezept lautet „*ibubeta*“

MMI Pharmindex - Medikamentenpreise Stand 29.11.2005

Suchname: Suche nach:

Medikament: Ibubeta 200 akut 10 Filmtbl. N1, **Packung:** 10 Filmtbl. 200 akut (rezeptfrei)

Präparate:	Darreichungsform:	Packung:
Ibubeta®	200 akut, Filmtbl.	10 Filmtbl. 200 akut (rezeptfrei)
	400 akut, Filmtbl.	20 Filmtbl. 200 akut (rezeptfrei)
	400, Filmtbl.	
	600, Filmtbl.	
	800, Filmtbl.	
	retard., Retardtbl.	

11 Externe Programme

11.1 Impf-doc Version 1.2 – Optimierungen

In der neuen Impf-doc Version werden Ihnen folgende Neuerungen zur Verfügung gestellt:

- Assistent bei beruflicher Indikation mit Auswahl aller relevanten Berufsgruppen einschließlich der STIKO-Erläuterungen (Handbuch S.16)
- Notfallassistent bei Indikationsauswahl mit Aufführung aller relevanten "Notfallimpfungen" einschließlich der STIKO-Erläuterungen (Handbuch S.16)
- Eingabemöglichkeit von relevanten Vorerkrankungen unter <Impfpass> einschließlich Erläuterungen (Handbuch S.11)
- Infofelder zur Impfstoffauswahl in den Bereichen <Impfen>, <Einstellungen/<Favoriten> und <Lager>/<Impfstoff-Rezept> mit Anzeige von Fachinformationen (Handbuch S.22, 32, 37)
- Individuelle Änderungsoptionen des Regelwerkes (Mindestalter/Höchstalter, Grundimmunisierung/Auffrischimpfung). (Handbuch S.23)
- Optionale Fußzeile bei der Aufklärung mit "Gelesen..." und "keine offenen Fragen..." "Unterschrift...". (im Handbuch noch nicht aufgenommen, ist aber selbsterklärend)

Die Anweisungen zum Einspielen der neuen Version als Update oder Erstinstallation entnehmen Sie bitte der beiliegenden Installationsanleitung.

12 IMS

12.1 NEU: IMS Health IQ-easy – Ihre Persönliche Praxisanalyse

Mit dem aktuellen Update 8.00 erhalten Sie auch die neu geschaffene Schnittstelle zu IQ – easy und damit den Zugang zu Ihrer Persönlichen Praxisanalyse. Weitere Informationen zu diesem Feature finden Sie unter Statistik IQ – easy Informationen.

Bitte beachten Sie auch die Updatebeilage und die Informationen in Ihrem ALBIS-Programm.

13 Verschiedenes

13.1 Herstellerinformationen

Mit dem ALBIS on WINDOWS Update Q1/2006 erhalten Sie die Arztinformationen zu Präparaten und Therapien in überarbeiteter Form.

Die wichtigste Änderung: Herstellerinformationen erfordern keine Zwischenschritte mehr. Eine Unterbrechung des ärztlichen Arbeitsflusses (durch eine sich öffnende Herstellerinformation) wurde unterbunden.

Die Herstellerinformation ist ab Q1.2006 eine graphisch abgesetzte Erweiterung vorhandener Fenster. Nur wenn Sie Interesse an den weiterführenden Informationen haben, werden Sie mittels Klick aktiv. Die Optimierung der Herstellerinformation ist mit dieser Änderung nicht abgeschlossen. In den kommenden Quartalen wird das graphisch erweiterte Fenster zu einem attraktiven Informationsportal für den Arzt rund um die Themen „Therapie/Medizin, Administration, Marketing und Finanzen“ ausgebaut.

13.2 Fremdsprachige Patienteninfo

Ärzte heilen international. Oft wird die Verständigung zur Herausforderung. Mit Händen und Füßen kann man viele Inhalte vermitteln; schwierig wird es jedoch bei schriftlichen Mitteilungen wie zum Beispiel der Patienteninformation.

Wir haben reagiert: Bei ausgewählten Präparaten erhalten Sie zum Zeitpunkt der Medikamentenauswahl aus der Datenbank die Information, dass zu diesem Präparat eine deutschsprachige, eine türkische und/oder eine russische Patienteninformation verfügbar ist. Diese können Sie direkt im Patientengespräch aufrufen, ausdrucken und aushändigen.

Yüksek Tansiyonu Olan Hastalara Bilgiler

Ölçüm değerleri – hangi aralıkta olmalıdır?

Tansiyonunuzu düşürmek üzere son derece modern bir ilaç olan Atacand® reçetenize yazıldı. Atacand® en uyumlu ve bünyeyi en çok koruyan tansiyon düşürücüler arasında yer alan bir AT₁-bloker ilaçtır. Aşağıda, tansiyonunuzu daha iyi kontrol edebilmemiz ve riskinizi etkin bir şekilde azaltabilmeniz için ek bilgiler bulacaksınız!

Kategori	sistolik	diyastolik
optimum (en iyi)	< 120	< 80
normal	< 140	< 90
Yüksek tansiyon	> 140	> 90

in [mmHg]

Yüksek tansiyon sonucu görülen hastalıklar:

Abb.: Integrierte türkische Patienteninformation

13.3 „Voluntas medici“ – allein der Arztwille entscheidet

Bevor Sie ein Rezept ausstellen, haben Sie auf der Basis Ihrer Untersuchungen bereits eine Reihe von Entscheidungen getroffen. Das sichtbare Ergebnis Ihrer Überlegungen findet sich letztendlich auf der Verordnung wieder. Dieses Endergebnis spiegelt sich jedoch nicht automatisch in der Präparatausgabe durch die Apotheke. Das Rezept ist kein Imperativ für den Apotheker: er ist dazu angehalten, ökonomisch sinnvoll zu substituieren. Ökonomisch

sinnvolle Substitutionen gehen jedoch nicht immer mit therapeutisch sinnvollen Substitutionen Hand in Hand.

Die Funktion „Voluntas medici“ schafft hier Abhilfe. Denn mit „Voluntas medici“ wird Ihnen als Verordner die Möglichkeit eingeräumt, Ihren Verordnungswillen auch gegenüber der Apotheke durchzusetzen. Mittels einer Erstabfrage bei bestimmten Präparaten können Sie entscheiden, ob Sie das Nec-Aut-Idem-Kreuzchen grundsätzlich setzen, niemals setzen oder individuell je Verordnung setzen möchten.

Gerade für Patienten, die sich psychisch und physisch an ein Präparat gewöhnt haben, ist die Wahrnehmung der Funktion überaus sinnvoll. Zum einen erhöht die Einnahme des immer gleichen Präparates (Farbe, Form, Dosierung) die Patienten-Compliance, zum anderen hat sich die Galenik des Präparates bei diesem Patienten bereits als wirksam erwiesen. „Voluntas medici“ – eine Funktion für Patient und Arzt.

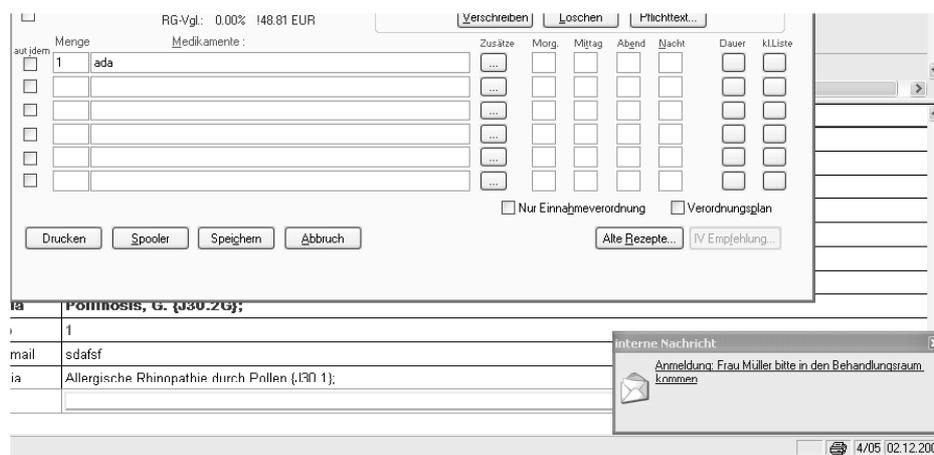
13.4 Anzeige eingehender Nachrichten

ALBIS on WINDOWS bietet ab der Version 8.00 die Möglichkeit, den nachstehenden bekannten PopUP Dialog durch einen dezenten Hinweis – den sogenannten Bubble Helper – am rechten unteren Bildschirmrand zu ersetzen.

PopUp:



Bubble Helper:



Der Cursor wechselt dabei nicht in das oben abgebildete PopUp-Fenster, sondern bleibt im Eingabefeld bestehen, wodurch ihr Arbeitsablauf weniger beeinflusst wird. Möchten Sie die Nachricht einsehen, klicken Sie einfach auf den Bubble Helper am Bildschirmrand.

Zur Aktivierung dieser Funktion wählen Sie im Menü Optionen den Punkt Nachrichten und Setzen den Schalter nur Hinweisfenster.

Beachten Sie bitte, dass diese Einstellungen für jeden Arbeitsplatz individuell eingerichtet werden kann.

13.5 VCS - Postfachadresse

Die VCS-E-Mail-Adressen können jetzt zusätzlich zu den E-Mail-Adressen in den Praxisstammdaten eingegeben werden. Für VCS werden diese neuen Adressen verwendet, für andere Telemail-Funktionen die Alten. Bei der Konvertierung wird die VCS-Postfachadresse mit der E-Mail-Adresse vorbelegt.