

DS-WIN-MED HANDBUCH

Version: 1.1

**Pionier der Zahnarzt-Software.
Seit 1986.**



DAMP SOFT
Die Zahnarzt-Software

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Voreinstellungen	2
2.1.	DS-Win-MED aktivieren	2
2.2.	Eingabe der Praxisdaten für Arztabrechnung	3
2.2.1.	Eingabe des Arztstempels	4
2.3.	Voreinstellungen in der Karteikarte für den ärztlichen Bereich	5
3.	EBM-Leistungsverzeichnis	6
3.1.	EBM-Leistungsverzeichnis	6
3.2.	Die Leistungen	7
3.2.1.	Gültig von bis	7
3.2.2.	Gebührenziffer	8
3.2.3.	Kürzel	8
3.2.4.	A-Punkte	8
3.2.5.	S-Punkte	9
3.2.6.	Festbetrag	9
3.2.7.	Bemareferenz	9
3.2.8.	Leistungsbezeichnung/Leistungsgruppe/Begründung	10
3.2.9.	Weitere Einstellungen zur EBM-Leistung	11
3.2.10.	Punktwert	12
3.2.11.	Zahnabfrage	12
3.2.12.	Leistungsfarbe	13
3.2.13.	Fragt nach, Einschluss/Ausschluss, ICD	13
3.2.14.	Kürzelgruppe/selbstdef. Gruppe	14
3.2.15.	Leistungen bearbeiten	15
4.	Ärztl. Krankenkassenverzeichnis	16
4.1.	Ärztl. Krankenkassenverzeichnis	16
4.1.1.	Kasse bearbeiten/Neu aufnehmen	16
5.	Versicherungswechsel	17
5.1.	Versicherungswechsel	17
5.1.1.	Versicherungswechsel/Zahnarzt	17
5.1.2.	Versicherungswechsel/Kieferchirurg	18
6.	Patientenauswahl für die Leistungserfassung	21
6.1.	Patientenauswahl für die Leistungserfassung	21
6.1.1.	Patientenauswahl	21
6.1.2.	Arzterfassung	22
7.	Leistungsgruppen bearbeiten	23
7.1.	Leistungsgruppen sortieren	23
7.2.	Selbst definierte Gruppe bearbeiten	23
8.	Ärztliche Leistungen erfassen	25
8.1.	Ärztliche Leistungen erfassen	25

8.2.	Direkte Leistungserfassung aus den Gruppenfenstern	26
8.3.	Manuelle Leistungserfassung	27
8.4.	Leistungserfassung über OPS	28
8.5.	EBM/Bema Betragsvergleich	31
8.6.	Weitere Felder in der Leistungserfassung	31
8.6.1.	Tagtrennung	31
8.6.2.	>>Löschen<<	31
8.6.3.	VO, BF, TH	32
8.6.4.	Freidiagnose	33
8.6.5.	Poststationär	33
8.6.6.	Abrechnungsquartal	33
8.6.7.	Leistungserfassung vergrößern	34
8.6.8.	Voreinstellung aufrufen	34
8.6.9.	Leistungsdarstellung vergrößern	34
8.6.10.	Begründung	34
8.6.11.	Erfassen von mehreren Begründungen	37
9.	Erfassen von Diagnosen	39
9.1.	Erfassen von Diagnosen	39
9.2.	Manuelle Eingabe der Diagnosen	40
9.3.	Auswahl der Diagnosen aus dem ICD-Katalog	41
9.4.	Dauerdiagnosen	41
10.	Belegärztliche Abrechnung	42
10.1.	Eintrag des stationären Zeitraums	42
10.2.	Tagtrennung	43
11.	Ärztliche Quartalsabrechnung	44
11.1.	Allgemeine Hinweise zur Arztabrechnung	44
11.2.	Vorbereiten der Arztabrechnung	44
11.3.	Bearbeiten der fehlerbehafteten Patienten	45
11.4.	Prüfmodullauf	46
11.5.	Abrechnungserstellung	47
11.6.	KV-Connect-Client (Nutzung der Online-Abrechnung sowie von Terminservicediensten)	48
11.6.1.	Abrechnung	51
12.	Private Leistungserfassung	53
12.1.	Belegärztliche Leistungserfassung bei Privatpatienten	53
12.2.	Private Leistungserfassung für ambulante Behandlungen	53
12.3.	BU-Abrechnung	53
12.4.	Zusätzliche Parameter für ärztliche Privatrechnung	54
13.	Die ärztlichen Formulare	57
13.1.	Die ärztlichen Formulare	57
13.2.	Druckfunktion	58
13.3.	Druckwiederholung	59

14.	Die einzelnen Formulare	60
14.1.	Die einzelnen Formulare	60
14.2.	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	60
14.3.	Rezeptformular	61
14.4.	Ärztlicher Abrechnungsschein	63
14.5.	Ärztliche Unfallmeldung	64
14.6.	Häusliche Krankenpflege	66
14.7.	Krebsfrüherkennung – Männer	67
14.8.	Kurarztschein	68
14.9.	Kurort	69
14.10.	Nachsorge	70
14.11.	Notfall-Vertretungsschein	72
14.12.	Qualitätssicherung ambulantes Operieren	73
14.13.	Überw.-/Abrechnungsschein für Labor	74
14.14.	Überw. zur poliklinischen Behandlung	75
15.	Überweiserdaten erfassen und Überweiserbrief erstellen	76
15.1.	Auswahl der Überweiser	76
15.2.	Neuaufnahme von Überweisern	78
15.3.	Eintragung des Überweisers beim Patienten	80
15.4.	Erstellung der Überweiserbriefes	80
15.4.1.	Überweiserbrief Tabellenform	81
15.4.2.	Überweiserbrief Fließtext	84
15.4.3.	Erstellen eigener Dokumentenvorlagen	85
15.4.4.	Erstellen des Überweiserbriefes	86
16.	Statistik	88
16.1.	Überweiserstatistik	88
16.2.	Plausibilitätsstatistik	89

Sehr geehrtes Praxis-Team,

das DS-Win-MED ist ein Zusatzprogramm, welches nur in Verbindung mit dem DS-Win-Plus benutzt werden kann. Es ist ein Programm für Kieferchirurgen, die damit die kassenärztliche Abrechnung durchführen können. Für Oralchirurgen, die keine kassenärztliche Zulassung besitzen, genügt das DS-Win-Plus.

Das Programm berücksichtigt auch die ärztlichen Formulare. Leistungen und Diagnosen werden in einer separaten Leistungserfassung in der gewohnten DS-Win-Plus-Bedienungsoberfläche eingegeben.

Das Programm ist komplett mit dem DS-Win-Plus verknüpft, sodass Statistiken und andere Programmteile gemeinsam genutzt werden können. Die privatärztlichen Leistungen werden im DS-Win-Plus abgerechnet.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser Anleitung.

Ihr Dampsoft-Team

2.1. DS-Win-MED aktivieren

Um mit dem DS-Win-MED arbeiten zu können, ist es erforderlich, dass Sie die Produkterweiterung aktivieren.

Gehen Sie dafür über den Pfad „Verwaltung/Praxis/Praxisdaten“. Der Dialog „Praxisdaten“ öffnet sich:

Geben Sie hier Ihre KV an. Sie können diese aus der Liste, die Sie über den kleinen Pfeil öffnen, auswählen.

Geben Sie unter ① die korrekte KV an. Übernehmen Sie Ihre Eingaben mit >>OK<< ② und schließen Sie den Dialog.

Damit alle Menüpunkte des DS-Win-MED angezeigt werden, beenden Sie das DS-Win-Plus und lesen das aktuelle Update ein, um den EBM-Katalog zu aktualisieren.

Sollten Sie mit der Mitarbeiterverwaltung arbeiten, muss die Arztabrechnung nach dem Neustart als Berechtigung hinzugefügt werden.

2.2. Eingabe der Praxisdaten für Arztabrechnung

Zur Eingabe der Praxisdaten rufen Sie den Dialog der Arztabrechnung über „Verwaltung/Praxis/Arztstempel“ auf.

① In diesem Fenster sind alle Praxen mit dem jeweiligen Inhaber aufgelistet.

② Über die Schaltfläche >>Stempel<< gelangen Sie in den Arztstempel, siehe hierzu auch Abschnitt 2.2.1. Über die Schaltfläche >>KV Spezifika<< gelangen Sie in die KV-Spezifika der eingestellten KV. Hier sind unter anderem für die eingestellte KV gültigen Abrechnungsmodalitäten als Textdatei hinterlegt. Haben Sie ein KV-Connect-Konto bei Ihrer KV beantragt, können Sie hier die Verwendung einstellen.

③ Geben Sie hier die für Sie gültige UKV an.

Möchten Sie mit dem KBV-Kodier-Assistenten arbeiten, setzen Sie das Häkchen in dem dafür vorgesehen Markierungsfeld und stellen den Pfad ein, über den der Assistent aufgerufen werden soll.

④ In diesem Bereich nehmen Sie alle Betriebsstätten der unter ① ausgewählten Praxis auf. Über >>Neu<< können Sie eine neue Betriebsstätte aufnehmen. Mit >>Übernehmen<< werden die Daten gespeichert. Ihre Hauptbetriebsstätte können Sie mit dem entsprechenden Markierungsfeld auswählen.

⑤ In diesem Bereich nehmen Sie alle ärztlichen Behandler der ausgewählten Praxis auf. Diese müssen Sie mit einem unter Verwaltung >>Praxis<< Behandler aufgenommenen Behandler verknüpfen, damit die erbrachten Leistungen statistisch korrekt zugeordnet werden können.

⑥ Hier hinterlegen Sie Ihre Zugangsdaten für die Nutzung des KV-Connects. Genaue Angaben, wie Sie Ihre Zugangsdaten hinterlegen, finden Sie in Abschnitt 11.6.

⑦ Hiersehen Sie die unter >>KV-Connect Zugangsdaten<< hinterlegte E-Mail-Adresse.

⑧ Erfassen Sie hier Ihre ASV-Teamnummer.

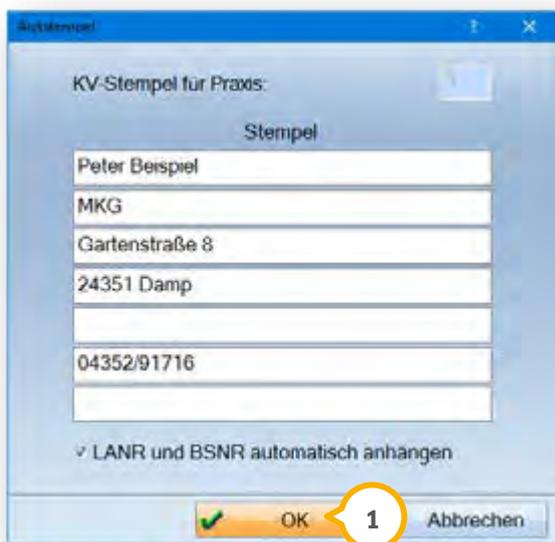
⑨ Hier erfassen Sie die gültigen Arzt-/Betriebsstätten-Kombinationen. Markieren Sie dazu die gewünschte Betriebsstätte unter ④ und anschließend den passenden Behandler unter ⑤. Klicken Sie rechts auf >>Hinzufügen<<. Diese Kombinationen sind für die Leistungserfassung unerlässlich, damit die Leistung mit korrekter Behandler- und Betriebsstätten Nummer in die Abrechnung übergeben werden. Wird ein(e) Arzt/Betriebsstätten-Kombination nicht mehr verwendet, kann diese mit dem Markierungsfeld >>inaktiv<< gekennzeichnet werden.

⑩ Hier hinterlegen Sie Ihre Ringversuch-Zertifikate.

Den Dialog können Sie mit >>OK<< ⑪ wieder verlassen.

2.2.1. Eingabe des Arztstempels

Um den Arztstempel einzugeben, klicken Sie im Menüpunkt der Praxisdaten für die Arztabrechnung auf die Schaltfläche >>Stempel<<. Es öffnet sich folgender Dialog:



Geben Sie hier Ihren KV-/Abrechnungstempel so ein, wie Sie ihn ausgedruckt haben möchten. Über das Markierungsfeld im unteren Bereich können Sie, je nach Arzt/Betriebsstätten-Kombination, die korrekte LANR und BSNR auf dem Stempel ausgeben. Sollten Sie ein Behandler mit einer Betriebsstätte sein, können Sie wahlweise diese Nummer auch direkt im Stempel vermerken.

Möchten Sie, dass Ihr Stempel zentriert ausgedruckt wird, geben Sie zu Beginn jeder Zeile ein Leerzeichen vor dem Text ein. Nach vollständiger Eingabe verlassen Sie den Dialog mit >>OK<< ①. Die Eingaben sind automatisch gespeichert.

2.3. Voreinstellungen in der Karteikarte für den ärztlichen Bereich

Die Einstellungen für die Karteikarte erreichen Sie über den Pfad „Einstellungen/Sonstige Einstellungen/Darstellung Karteikarte“:

Über diesen Dialog können Sie einstellen, ob die eingegebenen Arztleistungen in den Karteikarten der Patienten angezeigt werden sollen.

Setzen Sie hier das Häkchen, um die ärztlichen Leistungen in der Karteikarte anzuzeigen.

Farben und Schriftart	Farben und Schriftart	Farben und Schriftart
Kons	[Color Grid]	Fett trop1 (31)
Kons Statistik	[Color Grid]	Normal trop1 (31)
Kassenrechnung	[Color Grid]	Fett trop1 (31)
GOZ	[Color Grid]	Fett trop2 (310)
KFO	[Color Grid]	Fett 120a (120a)
Arzt	[Color Grid]	Fett 144 (144)
Füllung	[Color Grid]	Normal mod
Bezeichnung	[Color Grid]	Fett Vitalitätsprüfung
Zähne	[Color Grid]	Fett 13
Gründe	[Color Grid]	Normal Entzündung
Rö-Befunde	[Color Grid]	Normal 13 o. B.
alg. Texte	[Color Grid]	Fett Kofferdam
Leist.-Komm.	[Color Grid]	Fett Kofferdam
KK-Sätze	[Color Grid]	Normal Kofferdam
GK-Sätze	[Color Grid]	Normal Kofferdam
Anamnese	[Color Grid]	Normal Sonstiges
Anamn. abweis.	[Color Grid]	Fett Non
Arztdiagnose	[Color Grid]	Fett Adipositas
Risikofaktor	[Color Grid]	Kursor+Fett Schwanger
Mitarbeitersatz	[Color Grid]	Fett I I AAT Bitte
MKV-Kasse	[Color Grid]	Fett I mkv
MKV-Privat	[Color Grid]	Fett I mkv

Anzeige

- Gebührenscheine
- nur Gebührenscheine
- nur Kasse
- Situation anzeigen
- Kassenrechnung anzeigen (nur Kons)
- Arztleistungen in Patienteninformation anzeigen (nur Kiefurchungen)
- Art anzeigen
- Behandler anzeigen
- MKV-Anzeigen
- Faktor anzeigen (nur GOZ)
- Betrag anzeigen (nur GOZ/Labor/EBM)
- Zeitangabe anzeigen (nur GOZ)
- anzeigen
- abgerechnete Leistungen blass anzeigen
- Labordaten in Patinfo anzeigen
- detaillierte Historie anzeigen

0 [Icon] Tage Änderungskarenz

Standard

bei Doppelklick auf [Icon] verschiedene Programme anbieten

Markierungsvoreinstellungen

Standardmarkierungsfarbe

keine Farbabfrage

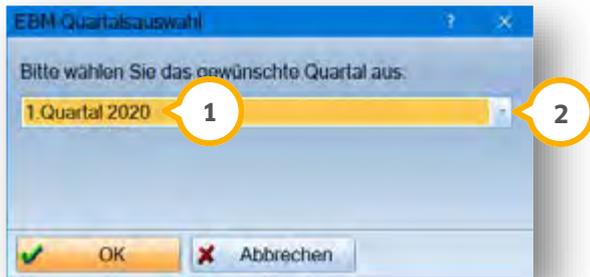
Markieren mit SHIFT+STRG+Leertast.

OK Abbrechen

3.1. EBM-Leistungsverzeichnis

Das EBM-Leistungsverzeichnis erreichen Sie im Hauptmenü über „Verwaltung/Leistungsverzeichnisse/EBM-Leistungsverzeichnis“.

Beim Aufruf des EBM-Leistungsverzeichnis öffnet sich die nachfolgende Auswahl-Abfrage:

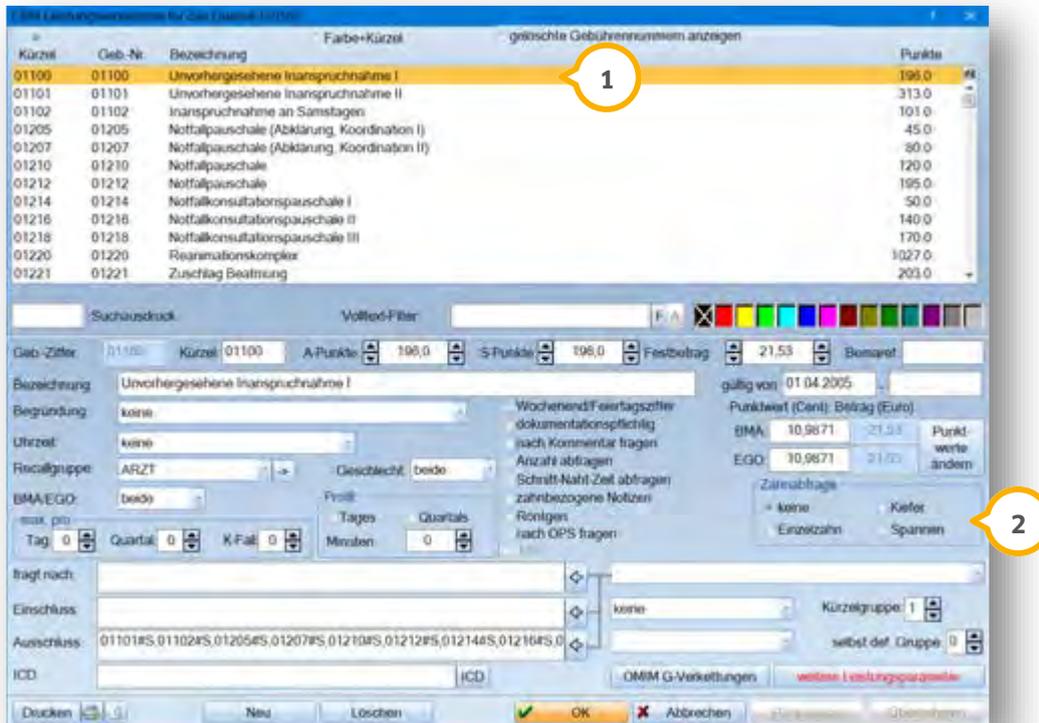


Es wird Ihnen immer das aktuell gültige Quartal vorgeschlagen ①. Sie können sich die Verzeichnisse aus den letzten acht Vorquartalen anzeigen lassen, indem Sie das gewünschte Datum über die Auswahlliste ② suchen. Das EBM-Verzeichnis wird jedes Quartal mit den für Ihre KV gültigen Änderungen aktualisiert.

Prüfen Sie die von uns ausgelieferten Gebührenpositionen, bevor Sie mit der Leistungserfassung beginnen. Passen Sie die Gebührenpositionen gegebenenfalls nach Ihren Bedürfnissen an.

3.2. Die Leistungen

Die Daten zur gelb unterlegten Gebührenziffer ① werden unter „Zahnabfrage“ ② angezeigt.



Sie haben die Möglichkeit, Leistungseinstellungen für Ihren Gebrauch zu überarbeiten. Folgend erklären wir Ihnen, wie Sie diese Einstellungen durchführen. Alle Bildschirmfotos der folgenden Kapitel zeigen Ausschnitte aus dem Bildschirmfoto in diesem Kapitel.

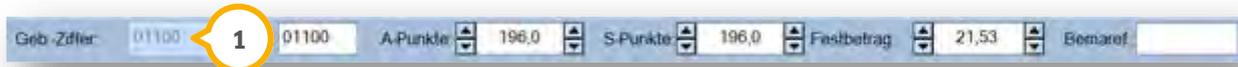
3.2.1. Gültig von bis

gültig von: 01.04.2005 - . .

Hier wird Ihnen die in der EBM-Stammdatei eingetragene Gültigkeit angezeigt. Diese kann manuell geändert werden.

3.2.2. Gebührenziffer

Die Gebührenziffer ① ist vorgegeben.



The screenshot shows a horizontal toolbar with several fields. The first field is labeled 'Geb. Ziffer' and contains the value '01100'. This field is highlighted with a yellow circle and a callout bubble containing the number '1'. To its right are fields for 'A-Punkte' (196,0), 'S-Punkte' (196,0), 'Festbetrag' (21,53), and 'Bemeref'.

Sie können diese nicht selbst ändern. Eine Änderung ist nur bei Neuaufnahme einer Gebühr möglich.

3.2.3. Kürzel

Als Kürzel ② geben wir zunächst die Gebührennummer aus.



The screenshot shows the same toolbar as in the previous image. The 'Kürzel' field now contains the value '01100' and is highlighted with a yellow circle and a callout bubble containing the number '2'.

Sie können ein beliebiges Kürzel eintragen. Intern wird aber immer mit der Gebührennummer gearbeitet und in die Abrechnung übergeben.

3.2.4. A-Punkte

Unter „A-Punkte“ ③ werden die ambulanten Punkte für die angewählte Leistung angezeigt und können hier gegebenenfalls geändert werden.

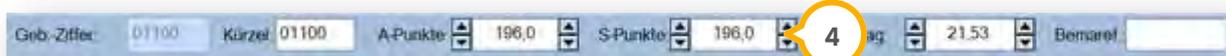


The screenshot shows the same toolbar. The 'A-Punkte' field now contains the value '196,0' and is highlighted with a yellow circle and a callout bubble containing the number '3'.

Die Punkte entsprechen der EBM-Stammdatei, können aber manuell angepasst werden.

3.2.5. S-Punkte

Hier sind die Punkte der Leistung ④ für eine stationäre Behandlung hinterlegt.

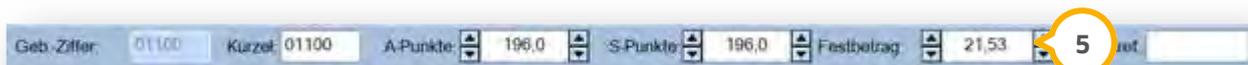


Geb.-Ziffer:	01100	Kürzel:	01100	A-Punkte:	196,0	S-Punkte:	196,0	ag:	21,53	Bemaref:	
--------------	-------	---------	-------	-----------	-------	-----------	-------	-----	-------	----------	--

Auf diese Punkte wird automatisch zugegriffen, sobald im Versicherungswechsel ein belegärztlicher Zeitraum eingetragen wurde.

3.2.6. Festbetrag

Der Festbetrag ⑤ wird von Ihrer KV vorgegeben. Teilweise haben Leistungen nur einen Festbetrag ohne A- oder S-Punkte.



Geb.-Ziffer:	01100	Kürzel:	01100	A-Punkte:	196,0	S-Punkte:	196,0	Festbetrag:	21,53	not:	
--------------	-------	---------	-------	-----------	-------	-----------	-------	-------------	-------	------	--

Der Festbetrag kann bei Bedarf manuell geändert werden.

3.2.7. Bemareferenz

Im Feld „Bemaref.“ ⑥ können Sie die passende Bema-Leistung eintragen. Dieses ist aber nur notwendig, wenn Sie Bema- und EBM-Leistungen bei der Leistungserfassung miteinander vergleichen möchten.



Geb.-Ziffer:	01100	Kürzel:	01100	A-Punkte:	196,0	S-Punkte:	196,0	Festbetrag:	21,53	Bemaref.:	
--------------	-------	---------	-------	-----------	-------	-----------	-------	-------------	-------	-----------	--

Wenn Sie mit dem Betragsabgleich arbeiten, tragen Sie hier die entsprechende Bemareferenz ein.

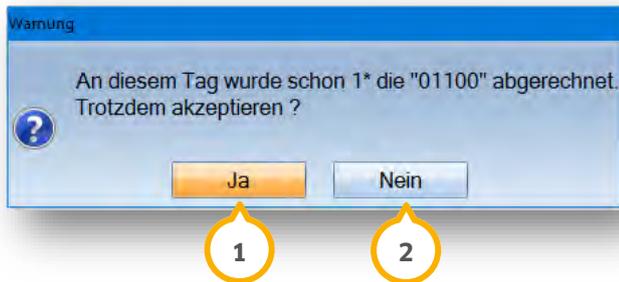
3.2.8. Leistungsbezeichnung/Leistungsgruppe/Begründung

Im Feld „Bezeichnung“ ① wird die Leistung in Kurzform beschrieben. Diese Beschreibung wird auch in der Karteikarte ausgegeben.

The screenshot shows the 'EBM-Leistungsverzeichnis für das Quartal 1/2020' window. At the top, there is a table listing various services with columns for 'Kürzel', 'Geb.-Nr.', 'Bezeichnung', and 'Punkte'. Below the table, there is a search and filter section. The main part of the window is a detailed view for a selected service (Geb.-Ziffer: 01100, Kürzel: 01100). This view includes fields for 'Bezeichnung', 'Begründung', 'Uhrzeit', 'Recallgruppe', 'BMA/EGO', 'Profil', 'Tag', 'Quartal', 'K-Fall', 'Minuten', 'fragt nach', 'Einschluss', and 'Ausschluss'. Eight yellow callout circles with numbers 1 through 8 point to specific fields: 1 points to the 'Bezeichnung' field, 2 to the 'Begründung' field, 3 to the 'Uhrzeit' field, 4 to the 'Recallgruppe' field, 5 to the 'Geschlecht' field, 6 to the 'BMA/EGO' field, 7 to the 'Profil' field, and 8 to the 'Tag' field.

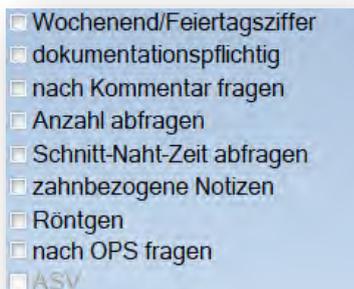
- ② Im Feld „Begründung“ wird eingestellt, ob für die Abrechnung eine bestimmte Begründung erforderlich ist. Die Liste wurde von uns mit den abrechnungsrelevanten Begründungstypen gefüllt.
- ③ Sofern bei Abrechnung der Leistung die Uhrzeit relevant ist, nutzen Sie diese Voreinstellung.
- ④ Hier kann differenziert werden, welcher Leistungsgruppe die Leistungen im Recall zugeordnet werden soll.
- ⑤ Darf eine Leistung nur bei einem Geschlecht abgerechnet werden, wird dieses hier eingetragen.
- ⑥ Hier wird festgelegt, ob diese Leistung für die BMA, EGO oder für beide Gebührenordnungen gilt.
- ⑦ Unter Profil sehen Sie, ob die Leistung im Tages- oder Quartalsprofil der Plausibilitätsstatistik berücksichtigt werden soll.
- ⑧ Hier kann festgelegt werden, wie oft diese Leistung am Tag, im Quartal oder im Krankheitsfall abgerechnet werden darf.

Wenn dieser Wert bei der Leistungserfassung überschritten wird, erfolgt eine Meldung.



Sie können selbst bestimmen, ob die Leistung abgerechnet werden soll. Beantworten Sie dafür die Meldung mit >>Ja<< ① oder >>Nein<< ②.

3.2.9. Weitere Einstellungen zur EBM-Leistung



- **Wochenend/Feiertagsziffer:**

Ist hier ein Häkchen gesetzt, kommt es bei Leistungseingabe am einem Wochenende zu einer Meldung in der Leistungserfassung.

- **Dokumentationspflichtig:**

Es erfolgt ein Hinweis auf die Dokumentationspflicht in der Leistungseingabe.

- **nach Kommentar fragen:**

Es öffnet sich bei der Leistungserfassung das Kommentarfenster. Die dort eingegebenen Kommentare werden nicht mit in die Abrechnung übergeben.

- **Anzahl abfragen:**

Die Anzahl wird zu der Leistung abgefragt

- **Schnitt-Naht-Zeit abfragen:**

Die Schnitt-Naht-Zeit wird unabhängig einer OPS Eingabe abgefragt.

- **zahnbezogene Notizen:**

Es können zahnbezogene Notizen erfasst werden, die durch Anwahl des Zahnes im grafischen Befund angezeigt werden.

- **Röntgen:**

Das Röntgenkommentarfenster öffnet sich bei der Leistungserfassung und die Leistung wird ins Röntgenkontrollbuch eingetragen.

- **Nach OPS fragen:**

Beim Erfassen der Leistung wird automatisch die OPS-Auswahl geöffnet.

- **ASV:**

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, kann für selbst angelegte Positionen ausgewählt werden.

3.2.10. Punktwert

Punktwert (Cent): Betrag (Euro):		
BMÄ:	10,9871	21,53
EGO:	10,9871	21,53
		Punkt- werte ändern

1 2 3

Im Feld ① wird der Punktwert in Cent angezeigt. Dieser kann gegebenenfalls geändert werden.

Im Feld ② wird automatisch der Betrag der Leistung in Euro angezeigt.

Eine Änderung des Punktwerts für alle Leistungen wird über die Schaltfläche >>Punktwerte ändern<< ③ vorgenommen.

Beachten Sie bei Punktwertänderungen das Gültigkeitsdatum des Punktwerts, damit es nicht zu Differenzen in der Statistik kommt.

3.2.11. Zahnabfrage

Hier legen Sie fest, ob beim Erfassen der Leistung eine Abfrage nach dem Gebiet erfolgen soll.

Zahnabfrage	
<input checked="" type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Kiefer
<input type="radio"/> Einzelzahn	<input type="radio"/> Spannen

3.2.12. Leistungsfarbe

Sie können für jede Leistung eine individuelle Farbe auswählen. Die individuelle Farbe der Kürzelgruppe wird in der Leistungserfassung angezeigt. Standardmäßig werden die Leistungen schwarz dargestellt.



3.2.13. Fragt nach, Einschluss/Ausschluss, ICD

- Fragt nach ①:

Unter „fragt nach“ können Sie Leistungen eingeben, die bei der Eingabe abgefragt werden sollen. Eine Auswahl der Leistungen steht Ihnen in der Auswahlliste rechts neben dem Feld „fragt nach“ zur Verfügung.

- Einschluss ②:

Bei „Einschluss“ werden die von der KBV vorgegebenen Leistungen eingetragen. Rechts neben dem Feld „Einschluss“ können Sie eine Beziehung zu den eingeschlossenen Leistungen auswählen.

- Ausschluss ③:

Bei Ausschluss werden Leistungen eingetragen, die nicht mit der ausgewählten Leistung abgerechnet werden dürfen.

Rechts neben dem Feld „Ausschluss“ können Sie die Ausschlussarten angeben. Sollen für mehrere Leistungen innerhalb des Ausschluss unterschiedliche Ausschlussarten definiert werden, muss hinter der Gebührenposition ein „#-Zeichen“ und der entsprechende Buchstabe vermerkt werden.

Die gängigsten Ausschlussarten sind:

- T = Behandlungstag
- Q = Quartal
- K = Krankheitsfall

Für die Leistungen ohne Zusatzkennzeichen gilt die allgemein eingestellte Ausschlussart.

- ICD ④:

Über die Schaltfläche >>ICD<< können Sie Diagnosen zu der Leistung voreinstellen. Die Eingabe von bis zu zehn Diagnosen ist möglich. Die können den ICD-Code aus einer vorgegebenen Liste aussuchen.

Diese erscheinen beim Abrechnen der Leistung in der ICD-Auswahl oben im ersten Fenster und können dort übernommen werden.

Die Diagnosesicherheit muss in jedem Fall separat gesetzt werden.

- OMIM G-Verkettungen ⑤:

Über die Schaltfläche >>OMIM G-Verkettungen<< lassen sich Verkettungen für OMIM-Codes erfassen.

3.2.14. Kürzelgruppe/selbstdef. Gruppe



- Kürzelgruppe ①:

Hier ist angegeben, in welchem Auswahlfenster sich die Gebührennummer befindet. Innerhalb der Facharztgruppe (z. B. HNO) können Sie die Leistung innerhalb der vier Kürzelgruppen verschieben.

- Selbst def. Gruppe ②:

Legen Sie fest, ob die Leistung in Ihrer selbstdef. Gruppe bei der Leistungserfassung angezeigt werden soll. Sie haben hier die Auswahl zwischen vier Untergruppen.

3.2.15. Leistungen bearbeiten



- >>Drucken<< ①:
Über diese Schaltfläche Drucken Sie.
- >>Neu<< ②:
Über diese Schaltfläche nehmen Sie selbst definierte Leistungen auf.
- >>Löschen<< ③:
Die unterlegte Leistung wird in die Liste „gelöschter Gebührennummern“ verschoben. Sie können sich diese Leistungen anzeigen lassen, indem Sie oben im Dialog bei „gelöschte Gebührennummern anzeigen“ ein Häkchen setzen.
Sie können die angewählte Leistung über die Schaltfläche >>Zurückholen<< wieder in das EBM-Leistungsverzeichnis verschieben.
- >>OK<< ④:
Mit dieser Schaltfläche speichern Sie die Eingaben und verlassen das EBM-Leistungsverzeichnis.
- >>Abbrechen<< ⑤:
Über diese Schaltfläche verlassen Sie den Dialog, ohne zu speichern.
- >>Rückgängig<< ⑥:
Über diese Schaltfläche entfernen Sie Eingaben und Änderungen, die noch nicht übernommen wurden.
- >>Übernehmen<< ⑦:
Über diese Schaltfläche speichern Sie neu aufgenommene Leistungen und Änderungen an Leistungen.

4.1. Ärztl. Krankenkassenverzeichnis

Über „Verwaltung/Sonstige Verzeichnisse/Arzt-Kassenverzeichnis“ gelangen Sie in das ärztliche Krankenkassenverzeichnis.

Dieses Kassenverzeichnis wird von Dampsoft befüllt und durch das DS-Win-Generalupdate aktualisiert.

4.1.1. Kasse bearbeiten/Neu aufnehmen

Das ärztliche Krankenkassenverzeichnis ist ähnlich dem zahnärztlichen Krankenkassenverzeichnis aufgebaut. Allerdings werden Änderungen nicht in das Folgequartal übernommen, da die Kostenträgerstammdatei zu jedem Quartalswechsel erneuert wird.

VKNR	IK	Nachname	Kassename	Ort
01804	100001804	Landeshauptstadt Kiel Sozialamt	Landeshauptstadt Kiel Sozialamt	24116 Kiel
01805	100001805	SHT Kreisaußschuß Herzogtum Lauenburg	Kreisaußschuß des Kreises Hztg Lauenbu	23009 Ratzeburg
01806	100001806	SHT Hansstadt Lübeck, Fachb. Wirtsch u. Soz.	Hansstadt Lübeck, Fachb. Wirtsch u. Soz.	23560 Lübeck
01807	100001807	SHT Magistrat Stadt Neumünster	Magistrat der Stadt Neumünster	24534 Neumünster
01808	100001808	SHT Kreisaußschuß Nordfriesland	Kreisaußschuß des Kreises Nordfriesland	25813 Husum
01809	100001809	SHT Kreisaußschuß Ostholstein	Kreisaußschuß des Kreises Ostholstein	23701 Eutin
01810	100001810	SHT Kreisaußschuß Plön	Kreisaußschuß des Kreises Plön	24306 Plön
01811	100001811	SHT Kreisaußschuß Pinneberg	Kreisaußschuß des Kreises Pinneberg	25337 Elmhorn
01812	100001812	SHT Kreisaußschuß Rendsburg-Eckernförde	Kreisaußschuß des Krs Rendsbg.-Eckernf	24768 Rendsburg
01813	100001813	SHT Kreisaußschuß Schleswig-Flensburg	Kreisaußschuß des Krs Schleswig-Flensb	24837 Schleswig
01814	100001814	SHT Kreisaußschuß Segeberg	Kreisaußschuß des Kreises Segeberg	23795 Bad Segeberg
01815	100001815	SHT Kreisaußschuß Steinburg	Kreisaußschuß des Kreises Steinburg	25524 Itzehoe
01816	100001816	Kreis Stormarn Der Landrat FD GSÄngel	Kreis Stormarn Der Landrat FD GSÄngel	23843 Bad Oldesloe
01836	100001836	SHT Landeshauptstadt Kiel Jugendamt 54 1.3	Landeshauptstadt Kiel Jugendamt 54 1.3	
01837	100001837	Stadt Nordenstedt - Jugendamt	Stadt Nordenstedt - Jugendamt	22846 Nordenstedt
01838	100001838	Amf für Kriegsopfer und Behinderte	Amf für Kriegsopfer und Behinderte	24103 Kiel
01839	100001839	SHT Jugendamt Stadt Flensburg	Jugendamt der Stadt Flensburg	24037 Flensburg

① In diesem Fenster sehen Sie das Verzeichnis aller Kassen, das von der KBV ausgeliefert wird. Zusätzlich werden hier auch von Ihnen selbst hinzugefügte Kassen mit aufgelistet.

② Hier können Sie alle kassenrelevanten Daten bei einer Neuaufnahme eingeben oder bei bereits vorhandenen Kassen ändern. Die Änderungen bei von der KBV veröffentlichten Kassen ist allerdings eingeschränkt.

③ Geben Sie hier den Bedruckungsnamen sowie die Gültigkeit des Namens an. Die Gültigkeit ist mit MJJJJ ohne Schrägstrich anzugeben.

④ Geben Sie an, mit welcher Gebührenordnung/Punktwerte und mit welcher Abrechnungsart die ausgewählte Kasse abrechnet.

5.1. Versicherungswechsel

Der Dialog lässt sich manuell in der Patientenauswahl über die Schaltfläche >>Wechsel<< öffnen.

Wurde eine Versichertenkarte eingelesen, werden alle Felder automatisch mit den Kartendaten gefüllt.

5.1.1. Versicherungswechsel/Zahnarzt

① Möchten Sie einen neuen Versicherungssatz erfassen, wählen Sie zuerst im oberen Fenster die Zeile „Versicherungswechsel“ an bzw. klicken Sie den zu ändernden Datensatz an. Füllen Sie alle notwendigen Felder aus und speichern Sie die Eingabe mit Anwahl der Schaltfläche >>Übernehmen<<.

The screenshot shows a software window titled 'Versicherungswechsel: 16 Abela Alexander'. It contains a table with columns 'vom', 'bis', 'St.', 'Ber.', and 'Kasse'. The table lists three entries, with the last one, '01.07.2019 30.09.2019 M E DAK >Schleswig-Holstein', highlighted in yellow and marked with a circled '1'. Below the table are several input fields and buttons, each with a circled number:

- 2: 'Berechtigung:' dropdown menu.
- 3: 'MFRP' dropdown menu with 'Mitglied' selected and '000' next to it.
- 4: 'Krankenkasse:' dropdown menu with '1367993 DAK >Schleswig-Holstein' selected.
- 5: 'WOP:' dropdown menu.
- 6: 'Mitglied-Nr.:' text input field with 'C250363707' entered.
- 7: 'Rechtskreis:' dropdown menu with '(1) West' selected.
- 8: 'Kartensatz gültig vom:' date picker with '01.01.2020' selected.
- 9: 'Kartensatz gültig bis:' date picker with '31.03.2020' selected.
- 10: 'Postfach:' section with 'PLZ:', 'Ort:', 'Postfach:', and 'Land:' input fields.

At the bottom of the window are buttons: 'Löschen', 'OK', 'Abbrechen', 'Rückgängig', and 'Übernehmen'.

② Legt der Patient z. B. eine Karte vor, die nicht lesbar ist oder das Kartenlesegerät ist defekt, wählen Sie die Berechtigung „Abrechnungsschein“ aus. Geben Sie anschließend rechts daneben die Gültigkeitsdauer des Scheines ein.

③ Im Feld „MFRP“ wird eingetragen, ob der Patient Mitglied, Familienversicherter, Rentner oder privat versichert ist.

- ④ Im Feld Krankenkasse ist die Krankenkasse des Patienten einzutragen. Über die Schaltfläche rechts neben der Kassenauswahl gelangen Sie ins Krankenkassenverzeichnis und können dort Krankenkassen hinzufügen. Siehe auch Krankenkassenverzeichnis.
- ⑤ Hier können Sie die Zugehörigkeit des Patienten nach dem Wohnortprinzip eingeben.
- ⑥ Hier wird die Mitgliedsnummer des Patienten eingetragen.
- ⑦ Hier geben Sie den Rechtskreis, die besondere Personengruppe und das DMP ein.
- ⑧ Tragen Sie hier ein, für welchen Zeitraum der Versichertensatz angelegt werden soll. Sie können den Zeitraum individuell eingeben, er darf jedoch keinen Quartalswechsel beinhalten.
- ⑨ Hier wird das Datum angezeigt, an dem entweder die Versichertenkarte eingelesen oder der Versichertensatz manuell erzeugt wurde. Rechts daneben können Sie eingeben, ob es sich um einen Notfall-Patienten handelt.
- ⑩ Hier sehen Sie die Postfachdaten des Patienten, sofern diese aus der eGK ausgelesen wurden. Sie können die Felder im Falle eines Ersatzverfahrens selbst füllen.

5.1.2. Versicherungswechsel/Kieferchirurg

Durch Anwahl des Reiters „Kieferchirurg“ gelangen Sie in die zusätzlichen Versicherungsinformationen für den ärztlichen Versichertensatz.

Der Eintrag Originalschein und Primärabrechnung erfolgt automatisch beim Einlesen einer Versichertenkarte bzw. Eintrag eines Abrechnungsscheines.

Diese Daten müssen nur bei Abweichung davon geändert werden, z. B. Mit- und Weiterbehandlung.

Die meisten der Felder werden für Sie selbsterklärend sein. Nachfolgend erläutern wir ihnen dennoch die jeweilige Beschreibung zu den Eingabefeldern.

The screenshot shows a software window titled 'Versicherungswechsel' for patient '16 Abbie Alexander'. It contains a table of insurance periods and a form for entering details. The form fields are numbered 1 through 14:

- 1: Scheinuntergruppe (Dropdown menu)
- 2: KT-Abrechnungsbereich (Dropdown menu)
- 3: Überweisung von BSNR and Überweisung von LANR (Input fields)
- 4: Ausstellungsdatum (Date picker)
- 5: Abrechnungsgebiet (Dropdown menu)
- 6: Auftrag (Text area)
- 7: Diagnose/Verdachtsdiag. (Text area)
- 8: Erstveranlasser BSNR (Input field)
- 9: Tag der Entbindung (Date picker)
- 10: Pers-kreis/Untersuchkat. (Input field)
- 11: Kassenzusatz (Dropdown menu)
- 12: SKT-Zusatz (Input field)
- 13: ML (Input field)
- 14: andere Ärzte (Input field)

Scheinuntergruppe ①:

Tragen Sie hier die Scheinuntergruppe des angewählten Versichertenzeitraumes ein, z. B. 24 = Mit/Weiterbehandlung.

KT-Abrechnungsbereich ②:

Hier ist der Kostenträger-Abrechnungsbereich auszuwählen, z. B. SVA.

Überweisung von BSNR/LANR ③:

Die Betriebstätten Nummer und lebenslange Arztnummer des überweisenden Arztes werden in diese Felder eingetragen. Beachten Sie, dass nur Ziffern eingetragen werden dürfen.

Ausstellungsdatum ④:

Ausstellungsdatum des Scheins (z. B. Abrechnungsschein)

Abrechnungsgebiet **5**:

Wählen Sie das entsprechende Abrechnungsgebiet aus. Bei ambulanten Operationen ist z. B. die 14 auszuwählen. Des Weiteren wird angegeben, ob es sich um einen Unfall oder um die Abklärung somatischer Ursachen handelt.

Auftrag **6**:

Hier tragen Sie den Auftrag ein.

Diagnose/Verdachtsdiagnose **7**:

Tragen Sie hier die Diagnose und die Verdachtsdiagnose aus dem Überweisungsschein ein. Wiederkehrende Einträge können in die Auswahlliste aufgenommen werden.

Erstveranlasser BSNR **8**:

Hier können Sie die BSNR und LANR des Erstveranlassers eintragen.

stationäre Behandlung von-bis:

Diese Einstellung ist nur für die belegärztliche Abrechnung relevant. Ist hier ein Zeitraum eingetragen, wird dieser in die Abrechnungsdatei übertragen.

Tag der Entbindung **9**:

Hier wird der voraussichtliche Termin der Entbindung eingetragen.

Pers-kreis/Untersuchkat. **10**:

Hier geben Sie bei Bedarf den Personenkreis und die Kategorie ein.

Kassenverzeichnis **11**:

Hier können Sie das Krankenkassenverzeichnis sowie das ärztliche Krankenkassenverzeichnis aufrufen.

SKT-Zusatz **12**:

Hier können Sie Zusatzangaben der sonstigen Kostenträger, z. B. Personenkennziffer bei Bundeswehrangehörigen, eintragen.

ML **13**:

Verwenden Sie ein mobiles Kartenlesegerät, tragen Sie hier die Zulassungsnummer des Geräts ein.

andere Ärzte **14**:

Hier können Sie den Namen eines zahnärztlichen Überweisers eintragen.

Rechts unten:

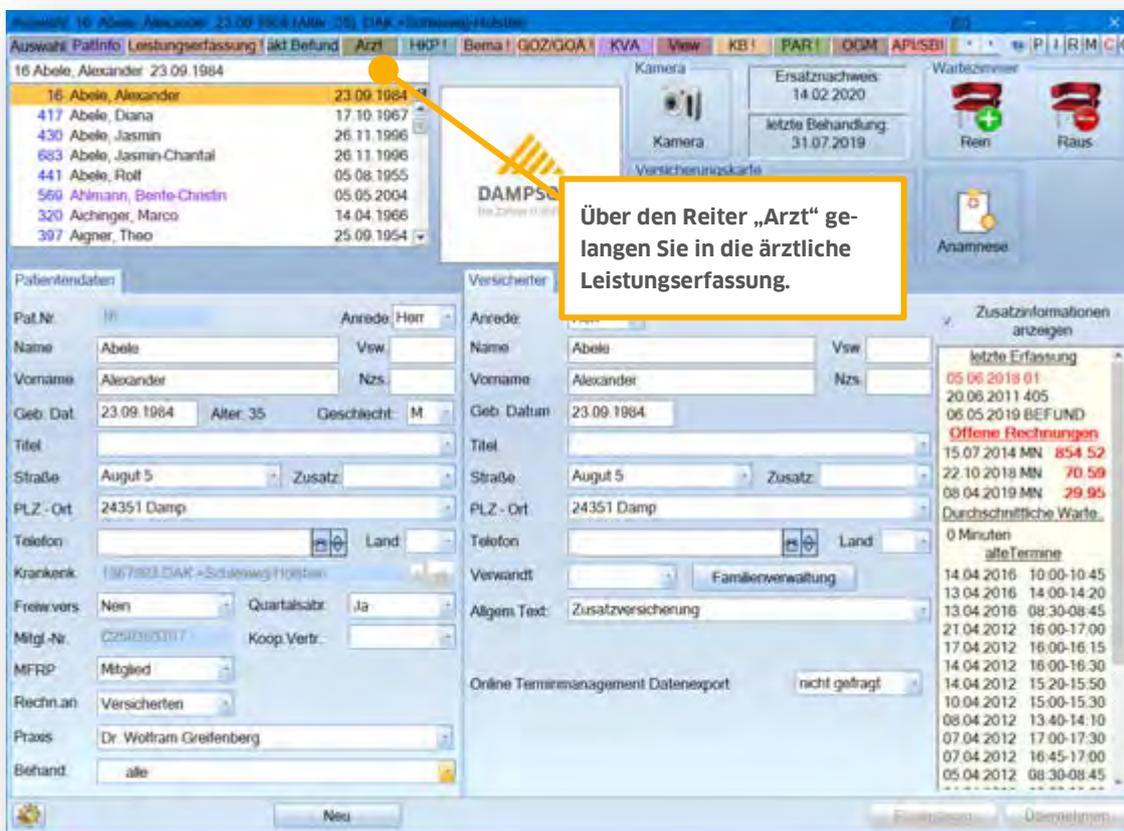
Hier geben Sie bei belegärztlicher Behandlung die Art der Behandlung ein.

6.1. Patientenauswahl für die Leistungserfassung

Um einen Patienten auszuwählen und Leistungen zu erfassen, stehen Ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung.

6.1.1. Patientenauswahl

Im Hauptmenü öffnen Sie über „Patient/Neue Patientenauswahl“ den Registermodus. Wählen Sie hier den Reiter „Arzt“ an. Es erscheint der Dialog zur Leistungserfassung.



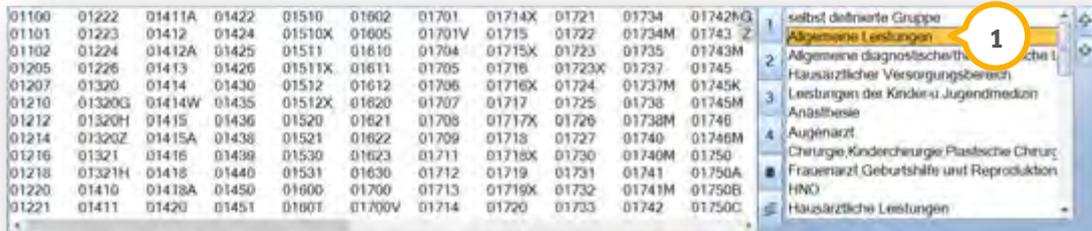
6.1.2. Arzterfassung



Über „Erweiterungen“ werden Ihnen alle Erweiterungen angezeigt. Hier können Sie sehen, welche Erweiterungen für Sie freigeschaltet sind. Die nicht freigeschalteten Erweiterungen werden grau dargestellt. Wählen Sie hier das Symbol „MED“ an. Es öffnet sich erst die Patientenauswahl. Über >>OK<< gelangen Sie in die Leistungserfassung.

7.1. Leistungsgruppen sortieren

Sie haben die Möglichkeit, die Gruppen nach Ihren Wünschen zu ordnen, z. B. „Allgemeine Leistungen“ ①.



Rufen Sie über einen Patienten die Leistungserfassung auf.

Wählen Sie die Gruppe an, die Sie verschieben möchten.

Klicken Sie auf einen der Pfeile (rechts neben den Gruppen) nach oben oder unten, je nachdem in welche Richtung Sie die Gruppe verschieben möchten.

Die Gruppe wird automatisch eine Stelle nach unten oder oben verschoben, wiederholen Sie den Vorgang solange, bis die Gruppen die von Ihnen gewünschte Reihenfolge haben.

7.2. Selbst definierte Gruppe bearbeiten

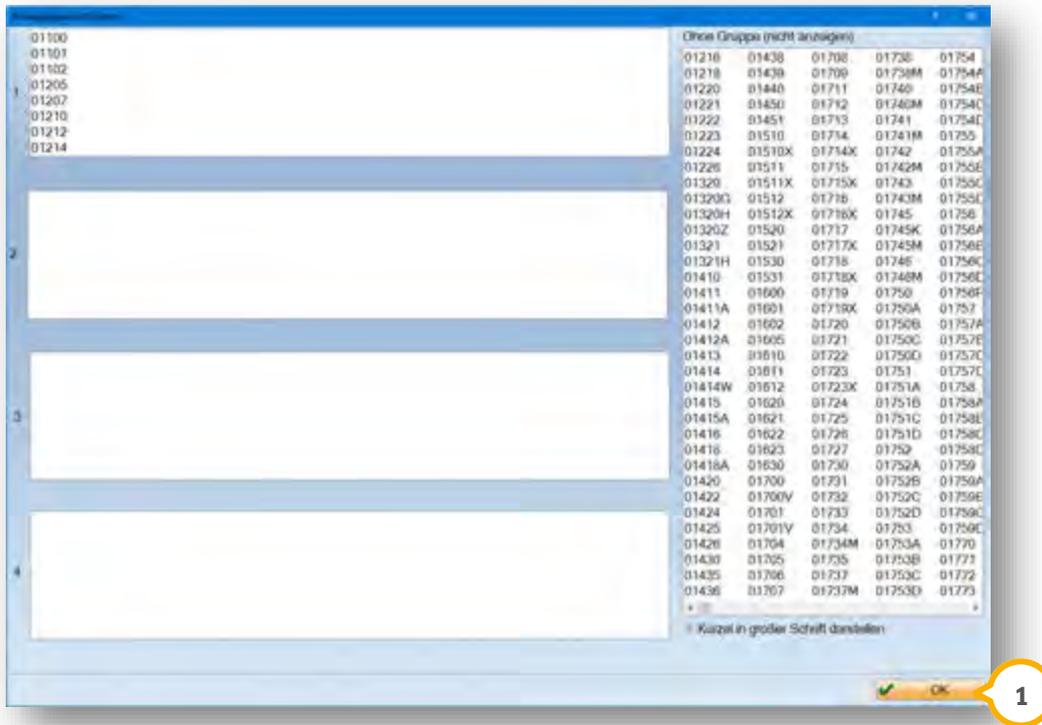
Sie haben die Möglichkeit sich die selbst definierte Gruppe mit den Leistungen einzurichten, die Sie in Ihrer Praxis am häufigsten abrechnen.

Wählen Sie dazu in der ärztlichen Leistungserfassung oben rechts „selbst definierte Gruppe“ an.

Klicken Sie auf folgendes Symbol:



Es öffnet sich das Fenster „Kürzelgruppen definieren“:



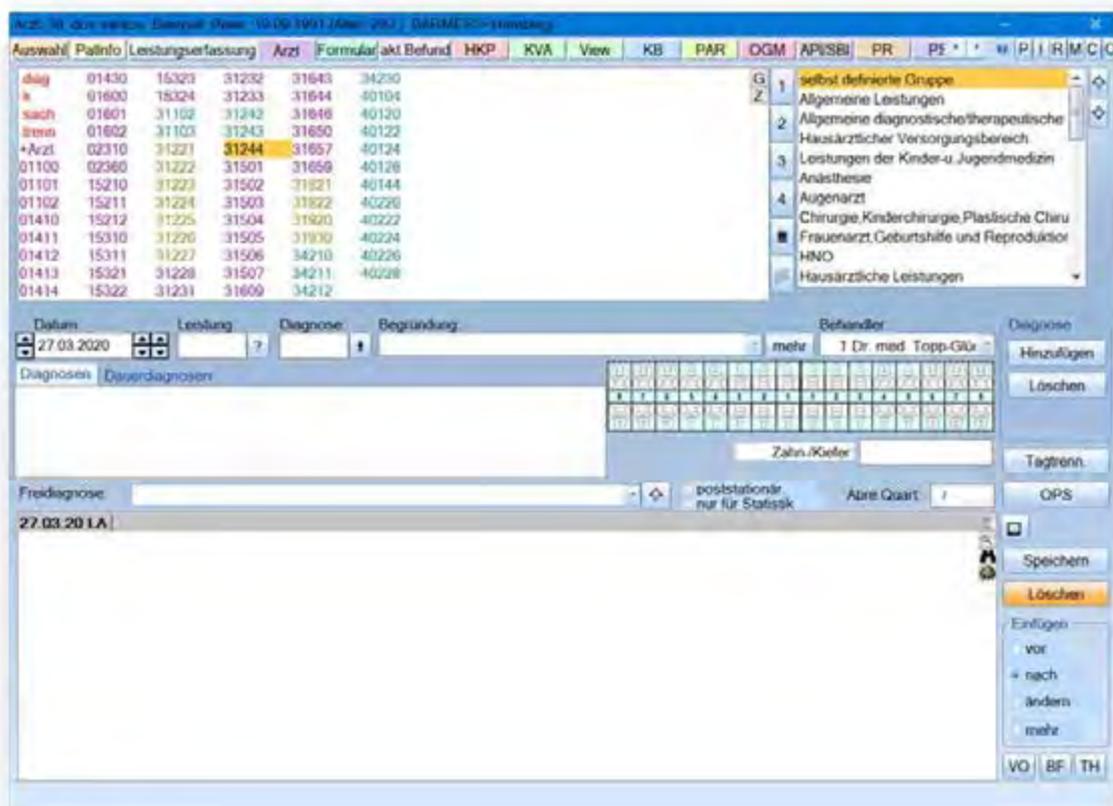
Hier können Sie aus allen EBM-Ziffern die Leistungen auswählen, die Sie häufig in Ihrer Praxis abrechnen.

Klicken Sie dazu die entsprechende Ziffer mit der linken Maustaste an, halten diese fest und ziehen die Ziffer in die entsprechende Gruppe. Lassen Sie die linke Maustaste los (die Ziffern werden automatisch der Reihenfolge nach sortiert). Diesen Vorgang können Sie rückgängig machen, indem Sie die Ziffern in das Auswahlfenster zurückziehen.

Den Dialog schließen Sie mit >>OK<< ①.

Die ärztlichen Leistungen erfassen Sie unter „Arzt“.

Zur besseren Übersicht wird Ihnen folgend der Dialog dargestellt, aus dem alle Ausschnitte aus diesem Kapitel stammen.

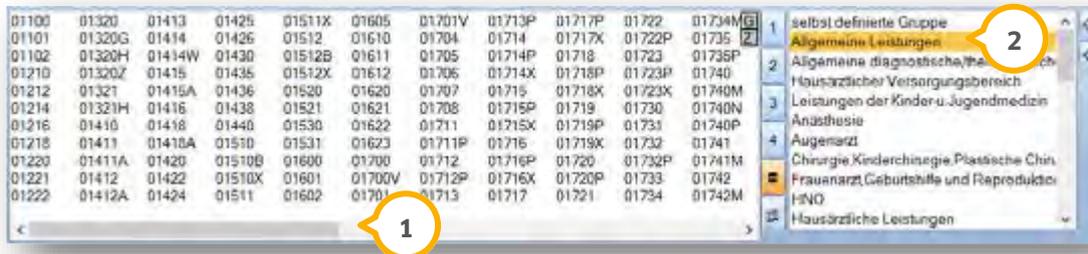


8.1. Ärztliche Leistungen erfassen

Zur Erfassung der Leistung stehen verschiedene Vorgehensweisen zur Verfügung:

- Anklicken der Gebührennummern in den Gruppenfenstern
- Manuelle Eingabe der Gebührennummern
- Leistungserfassung mittels OPS

8.2. Direkte Leistungserfassung aus den Gruppenfenstern



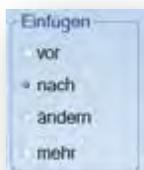
Wählen Sie in der Auswahlliste ② das gewünschte Gebiet aus.

Im Fenster ① erscheinen die der Gruppe zugeordneten Leistungen. Klicken Sie die abzurechnende Leistung mit der linken Maustaste an. Falls in diesem Quartal noch keine Diagnose erfasst wurde, erscheint die ICD-Auswahl (siehe Erfassung der Diagnosen). Sofern im EBM-Leistungsverzeichnis weitere Einstellungen zu der Leistung vorgenommen wurden, erscheinen die einzelnen Eingabefenster. Die Leistung wird gespeichert und Ihnen im unteren Fenster der Leistungserfassung angezeigt.

Soll das Leistungsdatum einer Leistung geändert werden, stellen Sie das Datum um und geben anschließend die Leistung ein.



Soll für eine bereits eingegebene Leistung das Datum geändert werden, wählen Sie „ändern“, stellen das Datum um und klicken auf >>Speichern<<. Sollen Änderungen für mehrere Leistungen vorgenommen werden, wählen Sie „mehr“ an, nehmen Ihre Änderungen vor und klicken anschließend ebenfalls auf >>Speichern<<.



Die Leistungseingabe mit einem Datum in der Zukunft ist nicht möglich.

8.3. Manuelle Leistungserfassung

Bei Aufruf der ärztlichen Leistungserfassung steht im unteren Fenster der Leistungserfassung folgende Eingabezeile:

14.02.20 LA |

Ist die Eingabezeile nicht vorhanden, klicken Sie den letzten Datensatz an und drücken einmal die „Pfeil-Nach-Unten-Taste“ auf Ihrer Tastatur.

„LA“ bedeutet „Leistungserfassung ärztlich“. Geben Sie mit einem Leerschritt hinter „LA“ die abzurechnende Leistung ein, z. B.:

14.02.20 LA 31221 |

Ihre Eingaben werden rot dargestellt, sofern die eingegebene Leistung noch nicht vollständig eingegeben ist oder die Leistung im EBM-Leistungsverzeichnis nicht vorhanden sein sollte.

Ist die Eingabe korrekt, wird sie in schwarz dargestellt. Die Leistung können Sie speichern, indem Sie die Enter-Taste drücken.

Sie können auch mehrere Leistungen nacheinander mit Komma getrennt eingeben, z. B.:

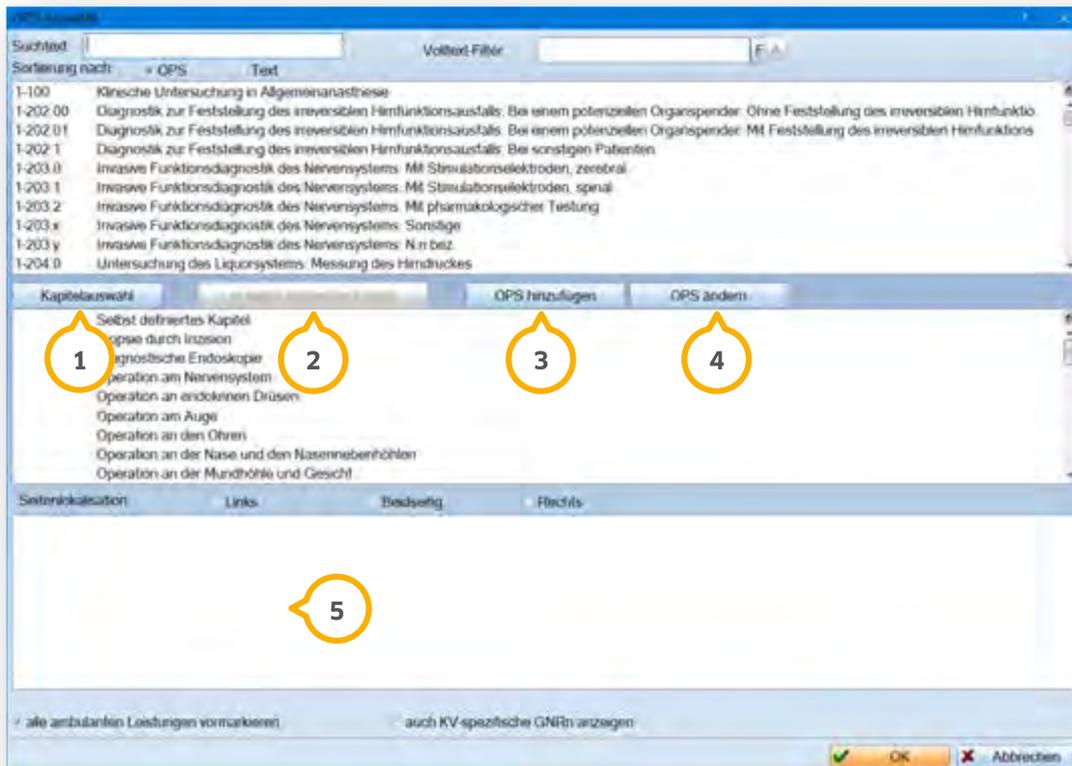
14.02.20 LA 31221, 36221 |

8.4. Leistungserfassung über OPS

Zu allen OP-Leistungen aus der Leistungsgruppe „ambul./belärztl. Operation“ muss ein OPS eingegeben werden.

Klicken Sie dazu in der ärztliche Leistungserfassung auf die Schaltfläche >>OPS<<.

Es öffnet sich der Dialog „OPS-Auswahl“:



Sie können hier im oberen Fenster den richtigen OPS-Schlüssel über die OPS-Nummer oder den Text auswählen. Oder Sie wählen sich im mittleren Fenster den richtigen Kapiteleintrag, wählen diesen per Doppelklick an und suchen sich den entsprechenden OPS. Durch Anwahl der Schaltfläche >>Kapitel auswählen<< ① wird wieder auf die Kapitelanzeige umgeschaltet.

Durch Anwählen der Schaltfläche >>in selbst definiertes Kapitel<< ② können Sie sich ein Kapitel mit häufig wiederkehrenden OPS erstellen.

Über die Schaltflächen >>OPS hinzufügen<< ③ und >>OPS ändern<< ④ können Sie selbst definierte Einträge modifizieren.

Haben Sie einen OPS ausgewählt, wird im unteren Bereich ⑤ die Auswahl der abzurechnenden Leistungen vorgeschlagen. Wählen Sie hier gegebenenfalls die richtigen Leistungen aus.

Das OP-Daten Fenster öffnet sich:

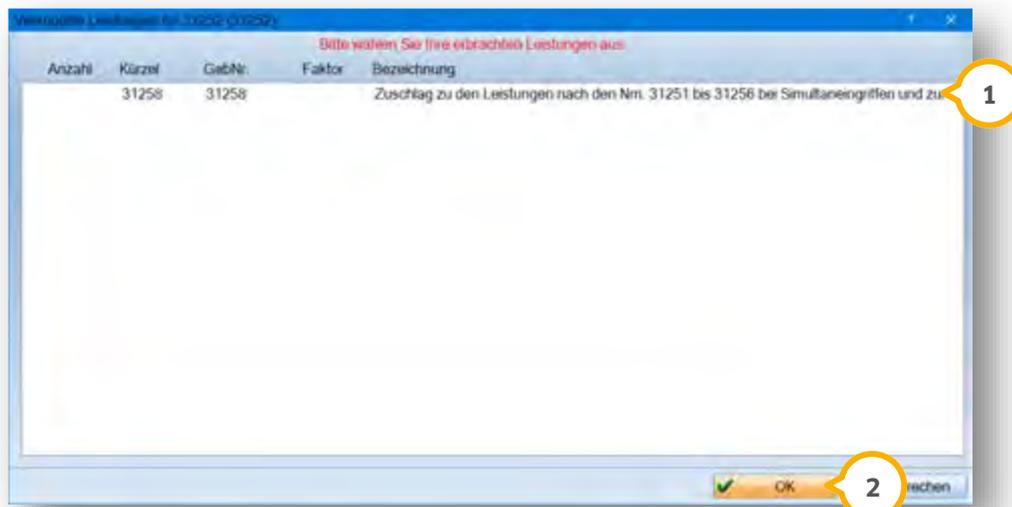
The screenshot shows a software window titled 'OP-Daten'. At the top, there is a label 'Gesamt Schnitt-Naht-Zeit:' followed by a numeric input field and a unit selector set to 'Minuten', with a callout '1' pointing to the unit selector. Below this is a text area labeled 'Komplikation(on) (pro Zeile eine Komplikation eingebbar):' with a callout '2' pointing to the text area. Underneath is a large empty text area. Below that is a toolbar with three icons. At the bottom, there is a label 'Weitere OPS:' with a callout '3' pointing to the text area below it. To the left of this text area is a button labeled 'OPS-Auswahl' with a callout '4' pointing to it. At the bottom right, there is an 'OK' button with a green checkmark icon and a callout '5' pointing to it, and a 'rechen' button to its right.

Geben Sie hier die Dauer der OP **1** und eventuelle Komplikationen **2** ein.

In der unteren Liste können wiederkehrende Komplikationen eingetragen werden.

Unter „Weitere OPS“ **3** können Sie die Neben-OPS für Simultaneingriffe eingeben. Diese lassen sich entweder manuell erfassen oder über die Schaltfläche >>OPS-Auswahl<< **4** mit Komma getrennt eingeben. Um die Auswahl zu speichern, klicken Sie auf >>OK<< **5**.

Die Abfrage der verknüpften Leistungen öffnet sich:



Wählen Sie die gewünschte Leistung aus ①.

Bestätigen Sie Ihre Auswahl mit >>OK<< ②.

Der Eintrag der Leistungen wird automatisch in die Leistungserfassung übernommen.

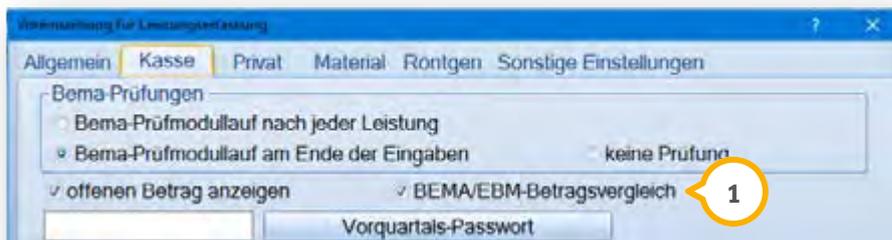
Bei nachträglichen Leistungen einer OP tragen Sie im Begründungsfenster das Datum der OP ein. Sobald im Begründungsfenster das OP-Datum eingetragen ist, wählen Sie die Nachbehandlungsleistung aus dem Kürzelfenster aus.

8.5. EBM/Bema Betragsvergleich

Sie können einzelne Bema- und EBM-Leistungen miteinander vergleichen. Diese Funktion dient als Entscheidungshilfe, ob Sie die Behandlung ärztlich oder zahnärztlich abrechnen möchten.

Wenn Sie diese Funktion nutzen möchten, sind zwei Schritte notwendig.

Stellen Sie in den Voreinstellungen der Leistungserfassung den Betragsvergleich **1** ein: Über „Einstellungen/BEMA/GOZ/Leistungserfassung“ gelangen Sie in folgenden Dialog:



Geben Sie wie in Abschnitt 3.2.7 beschrieben im EBM-Leistungsverzeichnis zu den gewünschten Positionen die Bemareferenz ein.

Wenn Sie eine Leistung mit eingetragener Bemareferenz erfassen erscheint der Vergleich:

Sie können die Bema-Leistung markieren und mit >>OK<< direkt in die Bema-Leistungserfassung eintragen. Wenn Sie keine Leistung markieren, wird beim Verlassen des Dialogs automatisch die EBM-Leistung erfasst.

8.6. Weitere Felder in der Leistungserfassung

In den folgenden Kapiteln werden Ihnen weitere Felder in der Leistungserfassung vorgestellt.

8.6.1. Tagtrennung

Die Tagtrennung ist die Eingabe einer weiteren Sitzung am selben Tag. Die Trennung ist vor der Eingabe der Leistungen aus der zweiten Sitzung anzuwählen und die Trennungszeit einzugeben. Zusätzlich ist die Trennung für belegärztlich arbeitende Praxen von Bedeutung und wird somit im Abschnitt der belegärztlichen Abrechnung erklärt.

8.6.2. >>Löschen<<

Durch Anwahl der Schaltfläche wird die unterlegte Leistung in der Leistungserfassung gelöscht.

8.6.3. VO, BF, TH

In den folgenden Kapiteln werden Ihnen die Möglichkeiten VO, BF sowie TH näher vorgestellt.

8.6.3.1. VO (Vorgeschichte)

Durch Anwahl öffnet sich eine Auswahlliste, in der die Vorgeschichte eingegeben werden kann.

Die Eingabe kann auch ohne Anwahl der Schaltfläche erfolgen. Geben Sie in der grauen Eingabezeile in der Leistungserfassung ein „VO“, ein Leerzeichen und anschließend den Text ein.

Mit der Enter-Taste wird die Eingabe gespeichert.

Wird die graue Eingabezeile nicht angezeigt, klicken Sie die letzte eingegebene Leistung mit der linken Maustaste an und drücken die „Pfeil-Nach-Unten-Taste“ auf Ihrer Tastatur.

Der Eintrag kann anschließend im Überweiserbrief verwendet werden.

8.6.3.2. BF (Befund)

Durch Anwahl öffnet sich eine Auswahlliste, in der der Befund eingegeben werden kann.

Die Eingabe kann auch ohne Anwahl der Schaltfläche erfolgen. Geben Sie in der grauen Eingabezeile in der Leistungserfassung ein „BF“, ein Leerzeichen und den Text ein.

Mit der Enter-Taste wird die Eingabe gespeichert.

Wird die graue Eingabezeile nicht angezeigt, klicken Sie die letzte eingegebene Leistung mit der linken Maustaste an und drücken die „Pfeil-Nach-Unten-Taste“ auf Ihrer Tastatur.

Der Eintrag kann anschließend im Überweiserbrief verwendet werden.

8.6.3.3. TH (Therapie)

Durch Anwahl öffnet sich eine Auswahlliste, in der die Therapie eingegeben werden kann.

Die Eingabe kann auch ohne Anwahl der Schaltfläche erfolgen. Geben Sie in der grauen Eingabezeile in der Leistungserfassung ein „TH“, ein Leerzeichen und den Text ein.

Mit der Enter-Taste wird die Eingabe gespeichert.

Wird die graue Eingabezeile nicht angezeigt, klicken Sie die letzte eingegebene Leistung mit der linken Maustaste an und drücken die „Pfeil-Nach-Unten-Taste“ auf Ihrer Tastatur.

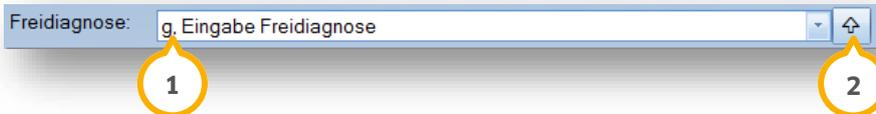
Der Eintrag kann anschließend im Überweiserbrief verwendet werden.

8.6.4. Freidiagnose



Freidiagnose:

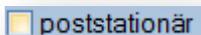
Geben Sie hier die Freidiagnose ein. Am Anfang der Eingabe muss eine Diagnosesicherheit mit Komma ① eingegeben werden, z. B.:



Freidiagnose: g. Eingabe Freidiagnose

Um die Freidiagnose in die Auswahlliste der Diagnosen einzutragen, klicken sie auf den Pfeil ②. Die Übernahme erfolgt verschlüsselt nach den KBV-Richtlinien für die Abrechnung.

8.6.5. Poststationär



poststationär

Mit dieser Auswahl können die Praxen in den KV-Gebieten Hessen, Koblenz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein die poststationäre Behandlung im Rahmen des Pilotprojektes „Verlagerungseffekte“ kennzeichnen.

Dazu nehmen Sie im EBM-Leistungsverzeichnis eine Geb-Nr. 80005 mit einem Punktwert „0“ auf. Diese Leistung wird am ersten Tag nach dem stationären Aufenthalt vergeben. Dazu muss ein freier Begründungstext eingegeben werden. Dieser beinhaltet das Von-bis-Datum des Stationären Aufenthalts sechsstellig und mit Komma getrennt. Alle Leistungen im Rahmen der poststationären Behandlung werden bis zu 14 Tage nach der Beendigung des stationären Aufenthalts gekennzeichnet.

8.6.6. Abrechnungsquartal



Abre.Quart:

Hier wird nach erfolgter Abrechnung das Quartal der Abrechnung eingetragen. Sie können hier ein Quartal für Leistungen eintragen, die nicht in der Quartalsabrechnung abgerechnet werden sollen.

8.6.7. Leistungserfassung vergrößern

Wird das kleine rechteckige Symbol angeklickt, vergrößert sich die Anzeige der erfassten Leistungen. So können Sie sich einen besseren Überblick über die Behandlungshistorie verschaffen. Durch erneute Anwahl wird die Leistungserfassung wieder in normaler Darstellung angezeigt.



8.6.8. Voreinstellung aufrufen

Über das Einstellungsradchen in der oberen rechten Ecke des Karteifenster wird die Voreinstellung für die Karteikarte aufgerufen.



8.6.9. Leistungsdarstellung vergrößern

Die Leistungen werden vergrößert dargestellt, wenn Sie auf das Lupen-Symbol klicken. Durch erneutes Klicken, werden die Leistungen in Normalgröße angezeigt.



8.6.10. Begründung

Durch eine Eingabe in dieser Zeile werden Kommentare in die Quartalsabrechnung übergeben.

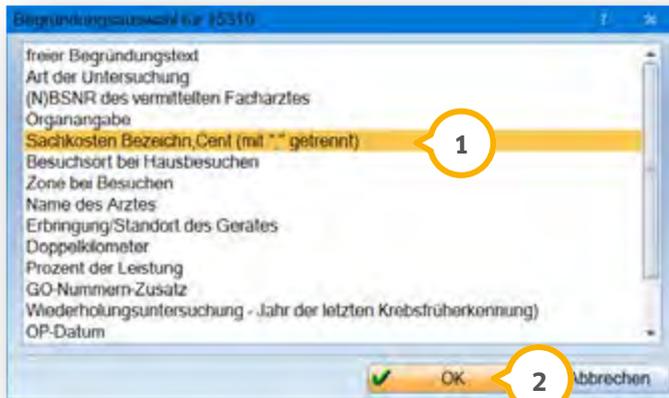
So können Material- und Laborkosten oder Schienenkosten abgerechnet werden. Die Eingabe des OP-Datums wird ebenfalls hier vorgenommen. Des Weiteren können Organangabe oder Name des Arztes übermittelt werden.

8.6.10.1. Eingabe von Schienenkosten (Sachkosten)

Zuerst werden die Schienenkosten im Feld „Begründung“ in Cent eingetragen, z. B.:

Wählen Sie die Schienenposition aus den Leistungsfenstern an.

Die Begründungsauswahl öffnet sich:



Um Schienenkosten zu übermitteln, wählen Sie den Eintrag „Sachkosten Bezeichnung, Cent (mit“,“ getrennt)“ ① aus. Sie bestätigen die Auswahl, indem Sie auf >>OK<< ② klicken.

Der Eintrag wird in der Leistungserfassung folgendermaßen dargestellt:

17.02.20 ■ 15310 (15310) Zusatzpauschale Myoarthropathien der Kiefergelenke
Sachkosten: Schiene,9000

8.6.10.2. Eingabe des OP-Datums

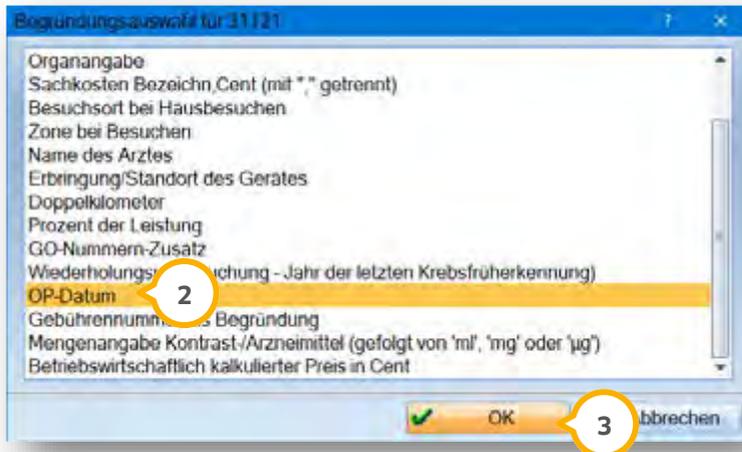
Ist zur Abrechnung einer Leistung die Angabe des OP-Datums notwendig, wird dieses über die Eingabe im Begründungsfenster in die Abrechnung übergeben.

Geben Sie das OP-Datum im Begründungsfenster ① ein.



Anschließend wird die Leistung angewählt.

Das Fenster der Begründungsauswahl öffnet sich:



Um das OP-Datum zu übermitteln, wählen Sie den Eintrag „OP-Datum“ ② aus. Sie bestätigen die Auswahl, indem Sie auf >>OK<< ③ klicken.

Der Eintrag in der Leistungserfassung erfolgt automatisch.

Der Eintrag wird in der Leistungserfassung folgendermaßen dargestellt:

17.02.20 31121 (31121) (OPS: 1-203.1) Eingriff der Kategorie C1
OP-Datum: 17.02.2020

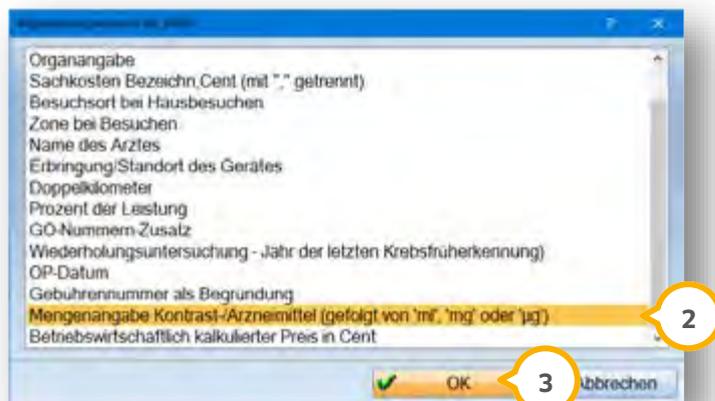
8.6.10.3. Eingabe der Mengenangabe Kontrast-/Arzneimittel

Ist für die Abrechnung einer Leistung die Mengenangabe von Arznei- oder Kontrastmitteln erforderlich, wird diese über die Eingabe im Begründungsfenster vorgenommen.

Geben Sie unter Begründung ① die Menge und anschließend ohne Leerzeichen die Mengenbezeichnung (ml oder mg) an.



Anschließend wird die Leistung angewählt. Es öffnet sich das Fenster der Begründungsauswahl.



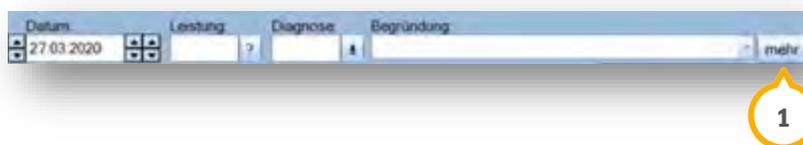
Um die Mengenangabe zu übermitteln, wählen Sie den Eintrag „Mengenangabe Kontrast-/Arzneimittel“ **2** aus. Sie bestätigen die Auswahl, indem Sie auf >>OK<< **3** klicken.

Der Eintrag wird in der Leistungserfassung folgendermaßen dargestellt:

17.02.20 **36820 (36820) Leitungsanästhesie an der Schädelbasis**
Menge: 20ml

8.6.11. Erfassen von mehreren Begründungen

Klicken Sie auf die Schaltfläche >>mehr<< **1**.



Der Dialog für GNR-Zusatzangaben öffnet sich:

The screenshot shows a software dialog box titled "GNR-Zusatzangaben". It contains the following fields and controls:

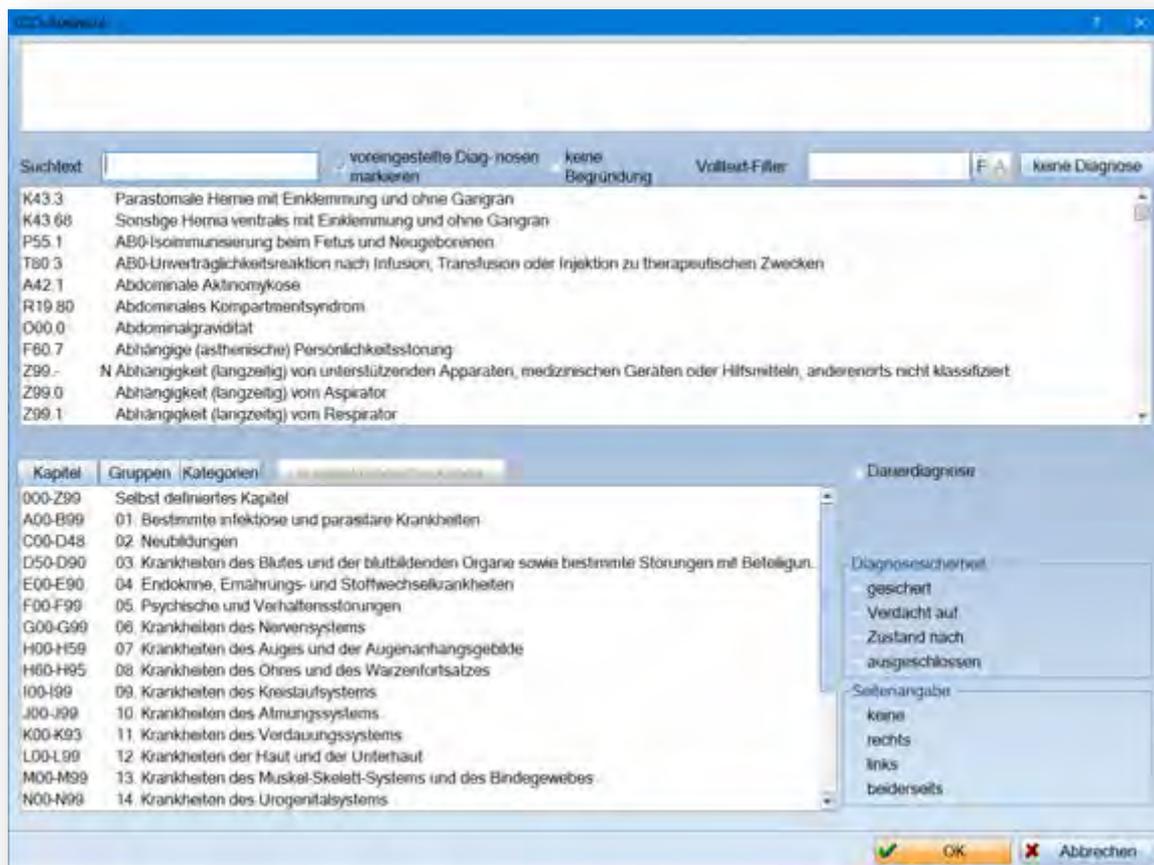
- Art der Untersuchung: Dropdown menu
- Multiplikator: Numeric spinner
- Uhrzeit: Time spinner
- Doppelkilometer: Numeric spinner
- Freier Begründungstext: Text area (circled with '1')
- Sach-/Materialkosten in Cent (Bezeichnung, Betrag, Hersteller, Artikelnummer pro Zeile): Text area
- Prozent der Leistung: Numeric spinner
- Organ (1 pro Zeile): Dropdown menu
- Name des Arztes: Text area
- Überwiesen: Button
- Besuchsort bei Hausbesuchen: Dropdown menu
- Zone bei Besuchen: Dropdown menu
- Erbringungsort: Dropdown menu
- Wiederholungsuntersuchung: Radio buttons (ja, nein)
- Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung: Year spinner
- GO-Nummern-Zusatz: Text area
- Poststationäre Leistung: Radio button (ja)
- Aufnahmedatum: Date picker
- Erfassungsdatum: Date picker
- GNR als Begründung (1 pro Zeile): Text area
- Patiennummer (EDV) des FEK-Bogens: Text area
- Mengenangabe KM/AM: Numeric spinner with units ml, mg, µg
- OK: Button (circled with '2')
- rechen: Button

Füllen Sie die Inhalte aus. Geben Sie die Begründungen ① an. Speichern sie diese mit >>OK<< ②.

9.1. Erfassen von Diagnosen

Sobald bei einem Patienten die erste Leistung im Quartal eingegeben wird, erscheint die ICD-Auswahl, falls noch keine Diagnose erfasst worden ist.

Brechen Sie die Diagnoseauswahl ab, ohne eine Diagnose auszuwählen, erscheint bei jeder weiteren Leistungseingabe erneut die ICD-Auswahl. Sobald eine Diagnose erfasst wurde, öffnet sich das Fenster bei weiterer Leistungseingabe nicht mehr. Sie können hier ebenfalls eigene Kapitel mit Diagnosen anlegen.

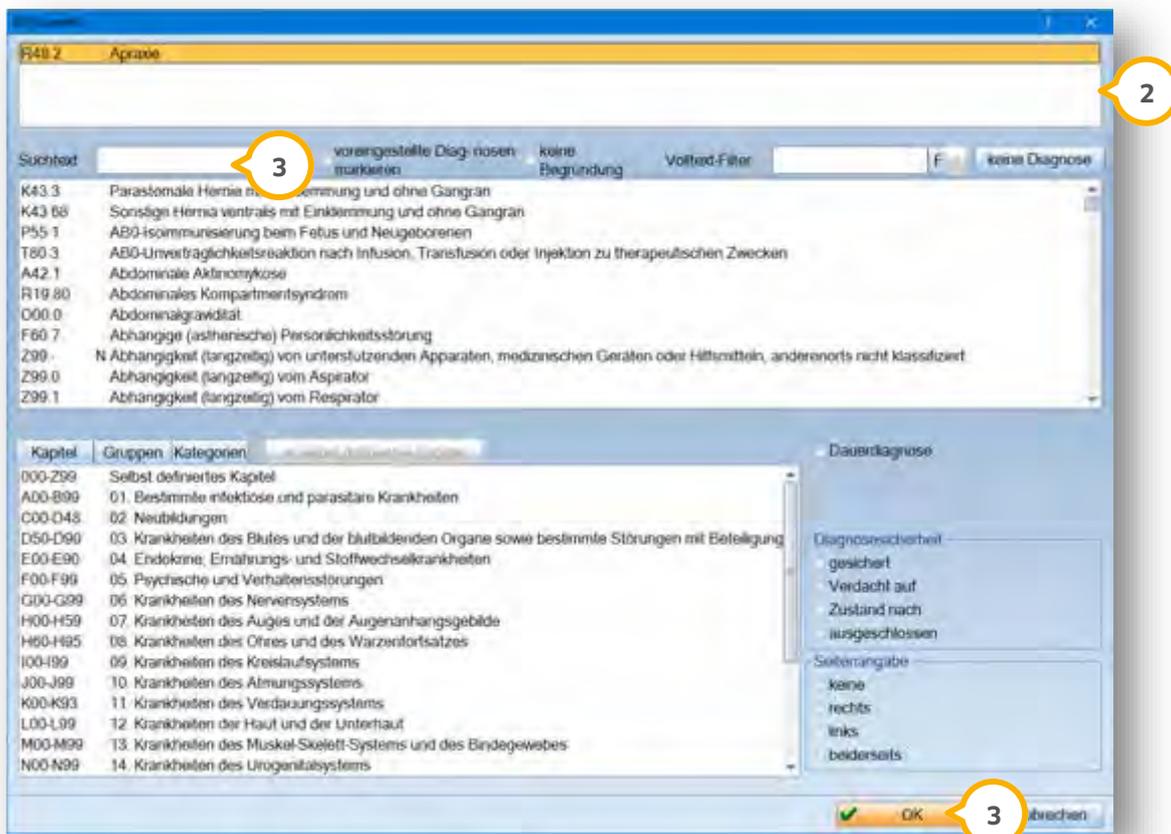


9.2. Manuelle Eingabe der Diagnosen

Wählen Sie die Schaltfläche >>Hinzufügen<< im Bereich der Diagnose an.



Im Fenster ② werden die im EBM-Leistungsverzeichnis zur Leistung voreingestellten Diagnosen angezeigt.

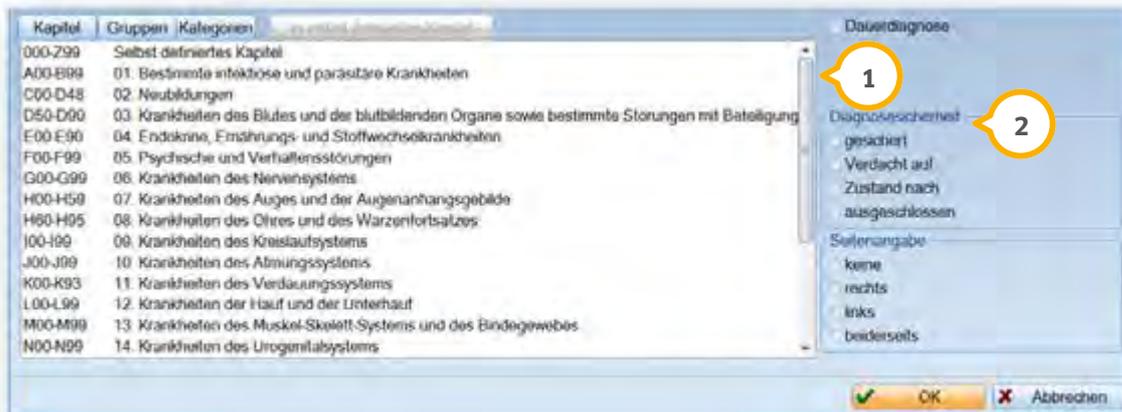


Sie haben die Möglichkeit eine dieser Diagnosen auszuwählen oder eine Diagnose aus den anderen Fenstern auszuwählen.

Ist Ihnen der ICD-Code der Diagnose oder der Text der Diagnose bekannt, können Sie dies im Feld „Suchtext“ ③ eingeben. Die entsprechende Diagnose wird im Feld darunter angezeigt. Klicken Sie diese an, wählen die Diagnosesicherheit aus und speichern Sie die Auswahl mit >>OK<< ④.

9.3. Auswahl der Diagnosen aus dem ICD-Katalog

Wählen Sie das entsprechende Kapitel aus. Öffnen Sie die Gruppen (entweder durch Anwahl des Reiters über die Auswahlliste ① oder durch Doppelklick auf das entsprechende Kapitel).

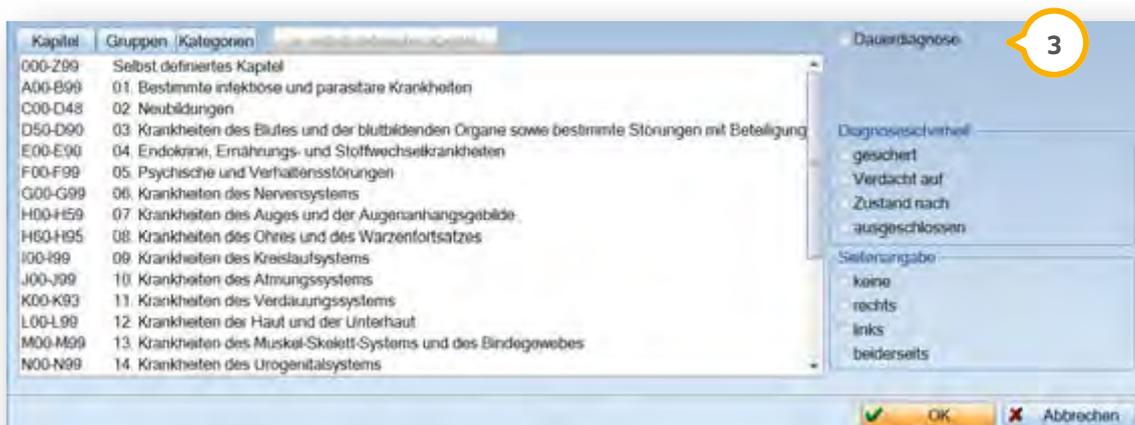


Gehen Sie bei den Gruppen genauso vor, damit Sie in die Kategorie gelangen.

Markieren Sie die gesuchte Kategorie und wählen Sie zu der Diagnose die Diagnosesicherheit ②.

9.4. Dauerdiagnosen

Dauerdiagnosen erfassen Sie, als würden Sie eine gewöhnliche Diagnose erfassen. Um diese als Dauerdiagnose anzulegen, setzen Sie ein Häkchen bei „Dauerdiagnose“ ③.



10.1. Eintrag des stationären Zeitraums

Um bei einem Patienten belegärztlich abzurechnen, ist im Versichertenwechsel sowohl die Scheinuntergruppe 30 oder 31 auszuwählen, als auch der stationäre Zeitraum im Reiter „Kieferchirurg“ einzutragen.

Wählen Sie den Punkt „Versicherungswechsel“ ① aus und tragen alle nachfolgenden Daten ein.

Tragen Sie unter „Scheinuntergruppe“ ② die 30 oder 31 ein.

Ergänzen Sie den Zeitraum der stationären Behandlung ③.

Ihre Einstellungen übernehmen Sie, indem Sie auf >>Übernehmen<< ④ klicken.

Es werden Ihnen drei Versichertensätze für das Quartal angezeigt:

	bis	St.	Ber.	Kasse
0	19	30.08.2019	F	E Knappschaft>Schleswig-Holstein
01.01.2020	16.02.2020	F	A	Knappschaft>Schleswig-Holstein
17.02.2020	18.02.2020	F	E	Knappschaft>Schleswig-Holstein
19.02.2020	31.03.2020	F	A	Knappschaft>Schleswig-Holstein
Versicherungswechsel				

- ① Versichertensatz vom 01.01.2020 bis 16.02.2020 **ambulant**.
- ② Versichertensatz vom 17.02.2020 bis 18.02.2020 **belegärztlich**.
- ③ Versichertensatz vom 19.02.2020 bis 31.03.2020 **ambulant**.

Die für den stationären Zeitraum eingegebenen Leistungen werden mit dem stationären Punktwert abgerechnet bzw. für die Abrechnung gekennzeichnet.

10.2. Tagtrennung

Erscheint ein Patient an einem Tag ambulant in Ihrer Praxis und geht danach in die belegärztliche Klinik, ist eine Tagtrennung einzugeben.

Rufen Sie hierzu die ärztliche Leistungserfassung des Patienten auf. Geben Sie die ambulanten Leistungen ein. Klicken Sie auf die Schaltfläche >>Tagtrennung<<.

Trennzeit

Bitte Uhrzeit für Tagtrennung eingeben.

1

2

3

neue Sitzung

nachfolgende Leistung(en) ambulant

nachfolgende Leistung(en) belegärztlich

OK Abbrechen

Tragen Sie die ungefähre Uhrzeit ① ein, ab der die Leistungen belegärztlich erbracht werden. Wählen Sie „nachfolgende Leistungen belegärztlich“ ③ aus.

„Nachfolgende Leistungen ambulant“ ② wählen Sie beispielsweise dann aus, wenn der Patient sich morgens in der Klinik befand und nachmittags zur Kontrolle in der Praxis erscheint.

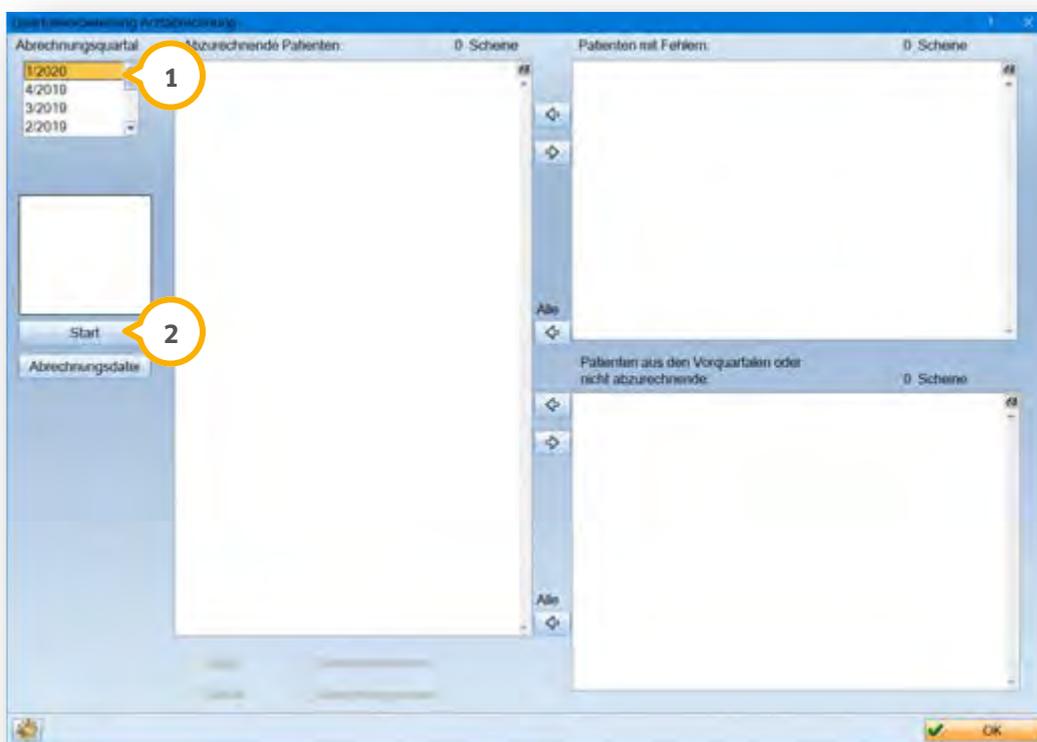
Somit werden die Leistungen in der Praxis mit dem ambulanten Punktwert berechnet und die Leistungen in der Klinik werden mit dem stationären Punktwert berechnet. Je nach KV-Spezifika ist beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt ebenfalls die Uhrzeit auf diesem Wege mit anzugeben.

11.1. Allgemeine Hinweise zur Arztabrechnung

Für die Abrechnung ist es zwingend notwendig, dass auf dem Computer, an dem die Abrechnung durchgeführt werden soll, Java 32 Bit installiert ist (Java 64 Bit ist ebenfalls kompatibel, allerdings sind dort unter Windows weitere Einstellungen vorzunehmen. Bitte kontaktieren Sie in diesem Fall Ihren Systembetreuer).

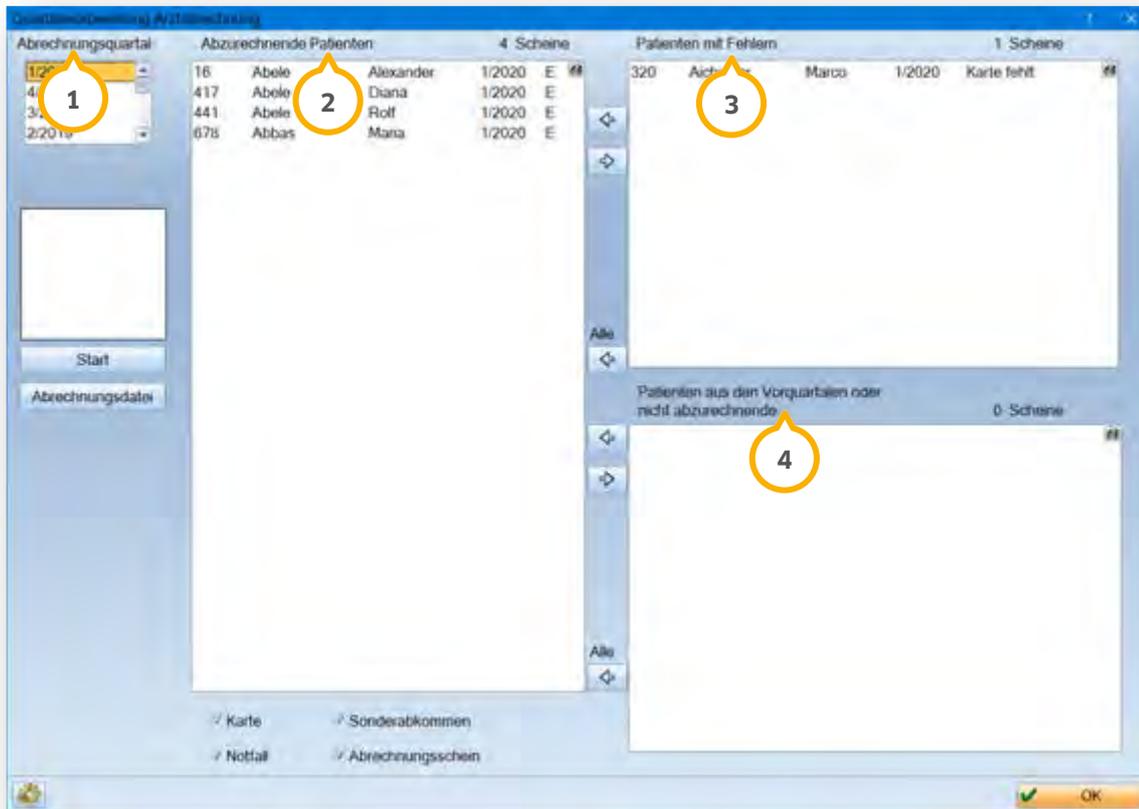
11.2. Vorbereiten der Arztabrechnung

Der Abrechnungsdialog wird über den Menüpunkt „Abrechnung/Abrechnung Arzt“ aufgerufen. Es öffnet sich der Dialog „Quartalsvorbereitung Arztabrechnung“:



Wählen Sie unter ① das entsprechende Quartal aus und klicken Sie auf >>Start<< ②. Die Abrechnung wird vorbereitet.

11.3. Bearbeiten der fehlerbehafteten Patienten



Abrechnungsquartal ①:

Anzeige aller Patienten mit Leistungen, die für das angewählte Abrechnungsquartal erfasst wurden

Abzurechnende Patienten ②:

Anzeige abzurechnender Patienten

Patienten mit Fehlern ③:

Anzeige aller Patienten mit Fehlern (z. B. Karte fehlt)

Patienten aus Vorquartalen ④:

Anzeige von Patienten aus Vorquartalen oder nicht abzurechnende Patienten

In den Fenstern „Abzurechnende Patienten“ ② und „Patienten mit Fehlern“ ③ können die Patienten durch einen Doppelklick bearbeitet werden. Bei Doppelklick auf einen Patienten in den „Abzurechnenden Patienten“ wird immer die ärztliche Leistungserfassung aufgerufen. Ist bei einem Patienten ein Fehler in den Leistungen vorhanden, wird durch Doppelklick die ärztliche Leistungserfassung geöffnet. Fehlt z. B. der Versichertennachweis, werden bei Doppelklick die Patientenstammdaten angezeigt.

Wird der Fehler bearbeitet, z. B. ein Abrechnungsschein eingetragen, wird beim Verlassen der Patientenstammdaten der Patient automatisch neu vorbereitet und in die Liste „Abzurechnende Patienten“ verschoben.

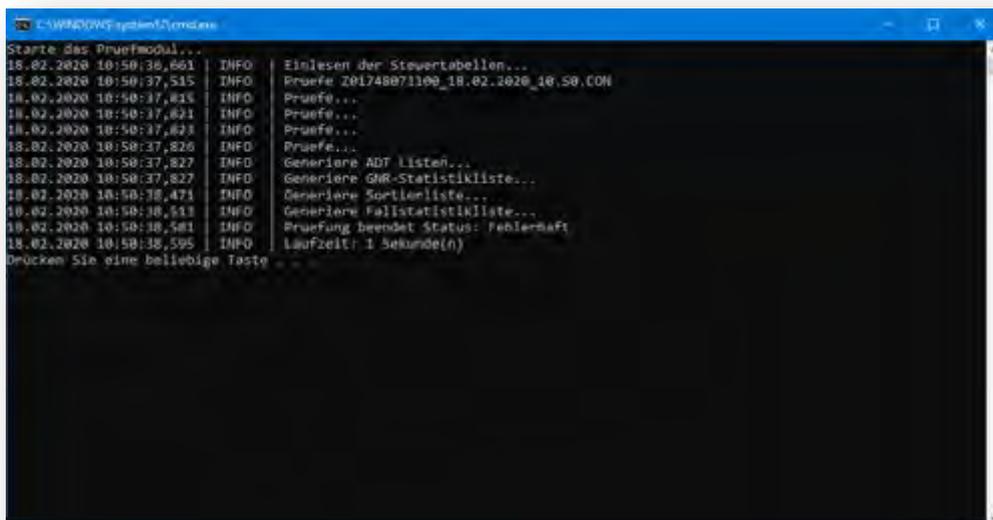
Über die Pfeile in der Mitte des Dialogs können z. B. Patienten aus dem Vorquartal in die abzurechnenden Patienten übernommen werden. Durch Anwählen der Häkchen können die Patienten nach dem Versicherungsnachweis selektiert werden.

11.4. Prüfmodullauf

Nachdem alle Patienten bearbeitet wurden und in der Liste der abzurechnenden Patienten stehen, kann der Prüfmodullauf erfolgen.

Folgen Sie dafür dem Pfad „Abrechnung/Abrechnung Arzt/Abrechnungsdatei“.

Es öffnet sich ein DOS-Fenster, in dem das Prüfmodul die Abrechnung prüft.



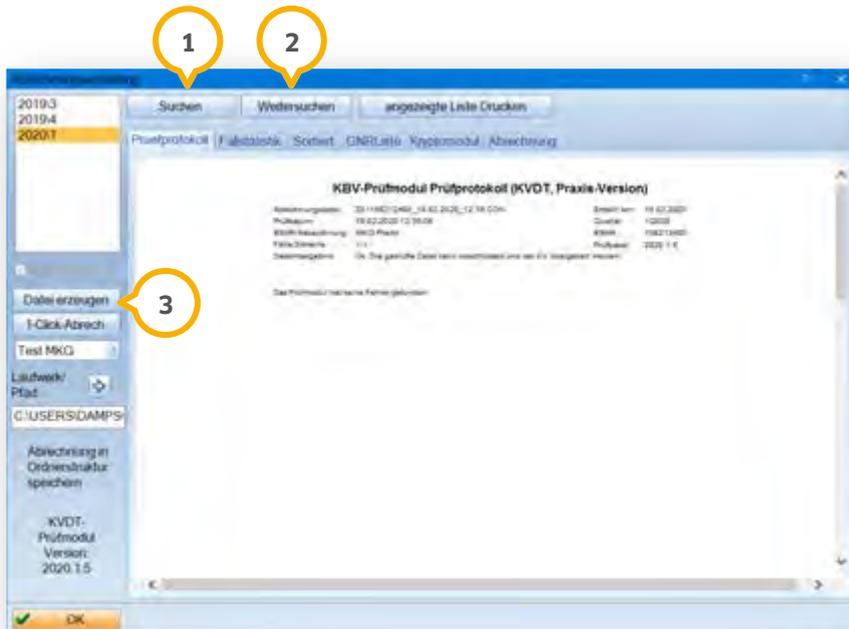
```
C:\WINDOWS\system32\cmd.exe
Starte das Prüfmodul...
18.02.2020 10:50:36,661 INFO Einlesen der Stewertabellen...
18.02.2020 10:50:37,515 INFO Prüfe Z01748071100_18.02.2020_10.50.COM
18.02.2020 10:50:37,615 INFO Prüfe...
18.02.2020 10:50:37,621 INFO Prüfe...
18.02.2020 10:50:37,623 INFO Prüfe...
18.02.2020 10:50:37,826 INFO Prüfe...
18.02.2020 10:50:37,827 INFO Generiere ADT Listen...
18.02.2020 10:50:37,827 INFO Generiere GMR-Statistikliste...
18.02.2020 10:50:38,471 INFO Generiere Sortierliste...
18.02.2020 10:50:38,513 INFO Generiere Fallstatistikliste...
18.02.2020 10:50:38,581 INFO Prüfung beendet Status: Fehlerhaft
18.02.2020 10:50:38,595 INFO Laufzeit: 1 Sekunde(n)
Drücken Sie eine beliebige Taste
```

Ist nach der Prüfung die Zeile „Prüfung beendet Status: Fehlerhaft“ vorhanden, befinden sich in der Abrechnung Fehlerfälle. Ist der Status mit „OK“ versehen, sind in der Abrechnung keine Fehler enthalten.

Steht in der letzten Zeile „Drücken Sie eine beliebige Taste“, wird das DOS-Fenster durch Drücken einer beliebigen Taste beendet.

11.5. Abrechnungserstellung

Öffnen Sie die Abrechnungserstellung, indem Sie dem Pfad „Abrechnung/Abrechnung Arzt/Abrechnungserstellung“ folgen.



In der Liste „Pruefprotokoll“ ist das vollständige Prüfmodulergebnis enthalten.

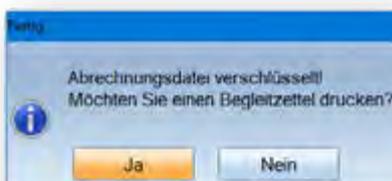
Über weiteren Reiter werden Ihnen die verschiedenen abrechnungsrelevanten Listen angezeigt.

Über die Schaltflächen >>Suchen<< ① und >>Weitersuchen<< ② können Sie nach Inhalten in der Liste „Abrechnung“ suchen.

Wählen Sie das Laufwerk aus, auf das die Abrechnungsdatei geschrieben werden soll.

Klicken Sie die Schaltfläche >>Datei erzeugen<< ③ an.

Die Abrechnung wird auf Ihren Datenträger geschrieben. Es erscheint folgende Meldung:



11.6. KV-Connect-Client (Nutzung der Online-Abrechnung sowie von Terminservicediensten)

Um die 1-Click-Abrechnung (Online-Abrechnung) oder Terminservicedienste (z. Zt. in Planung) zu nutzen, ist der „KV-Connect-Client“ von Ihnen zu konfigurieren.

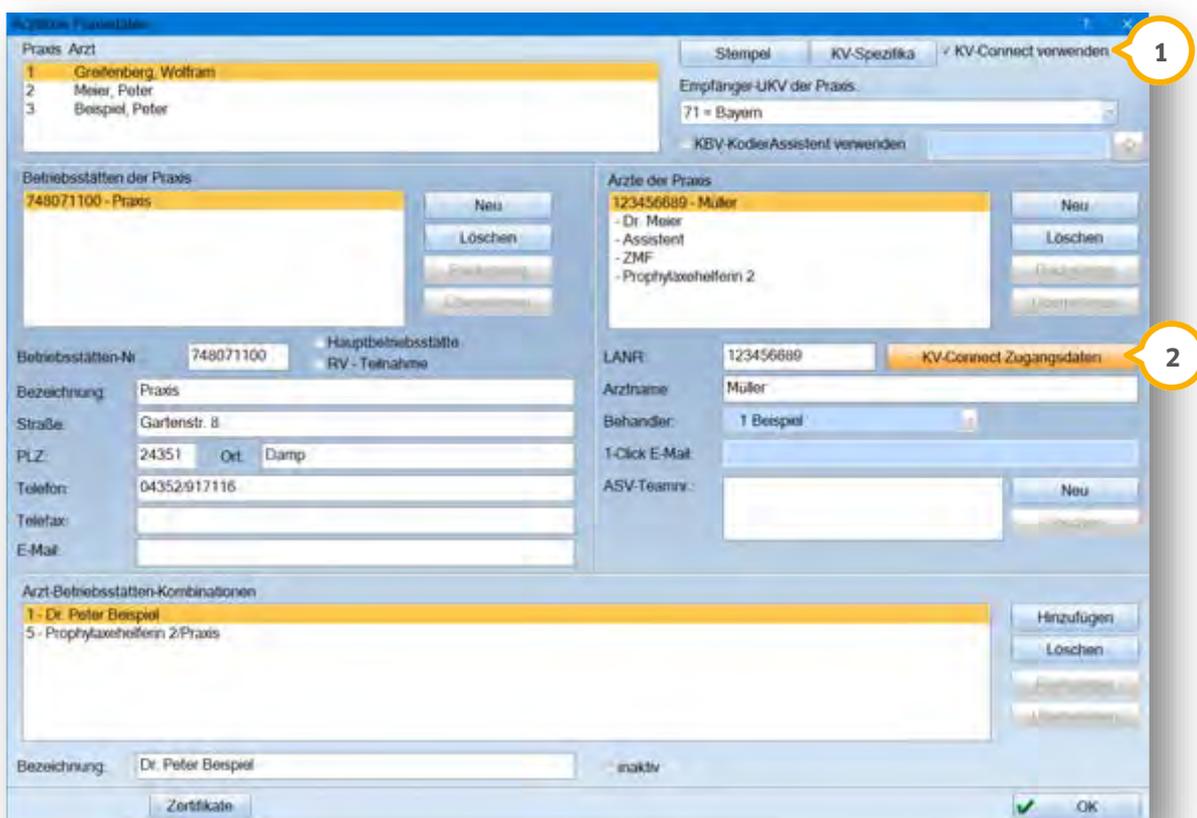
Beantragen Sie ein KV-Connect-Konto bei Ihrer KV.

Weitere Information, sowie welche KV-Connect-Anwendungen unterstützt werden, erhalten Sie bei Ihrer KV.

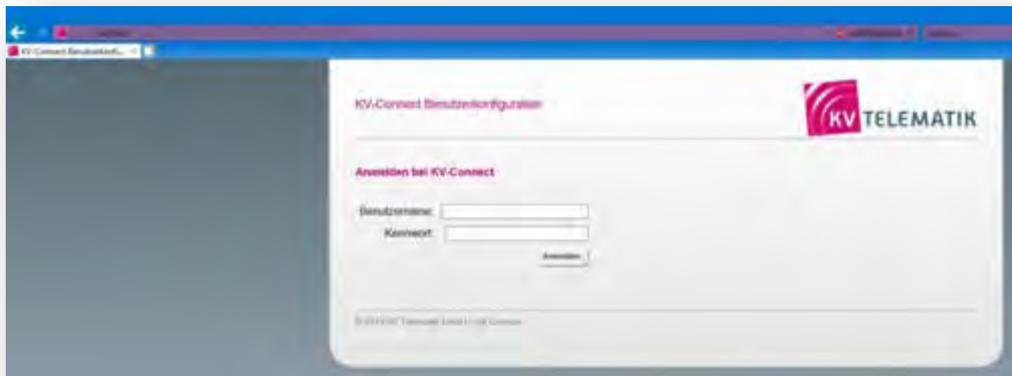
Technische Voraussetzungen für die Verwendung des KV-Connect-Clients sind:

- Ein Rechner mit Internetbrowser/Verbindung zum Internet
- Eine Freigabe der Ports 465, 995, 8443 und 9443

Liegen Ihnen die Zugangsdaten zu Ihrem persönlichen KV-Connect-Konto vor, rufen Sie die „Ärztlichen Praxisdaten“ über den Pfad „Verwaltung/Praxis/Arztstempel“ auf.

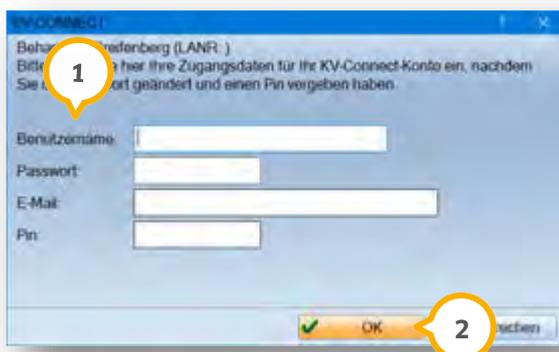


Aktivieren Sie das Markierungsfeld „KV-Connect verwenden“ ①. Bestätigen Sie die Abfrage, ob Sie den KV-Connect-Client installieren möchten, wird der Client installiert und anschließend automatisch gestartet. Zusätzlich startet DS-Win Ihren Internetbrowser mit der Weboberfläche des KV-Connect-Clients, wo Sie sich erstmalig mit den von Ihrer KV mitgeteilten Zugangsdaten anmelden.

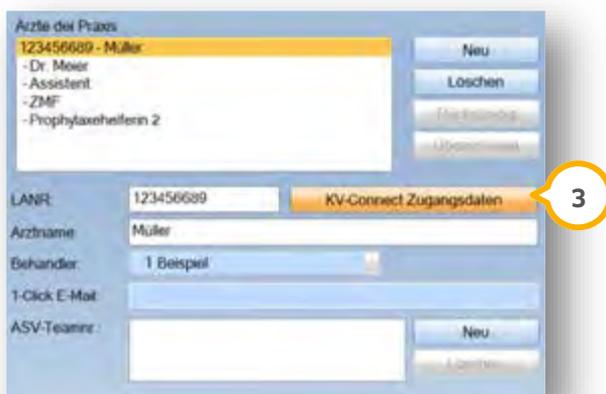


Hier werden Sie aufgefordert, das Passwort zu ändern, eine PIN festzulegen und ein Zertifikat zu erzeugen. Anschließend können Sie sich am KV-Connect-Konto abmelden und in das DS-Win zurückkehren.

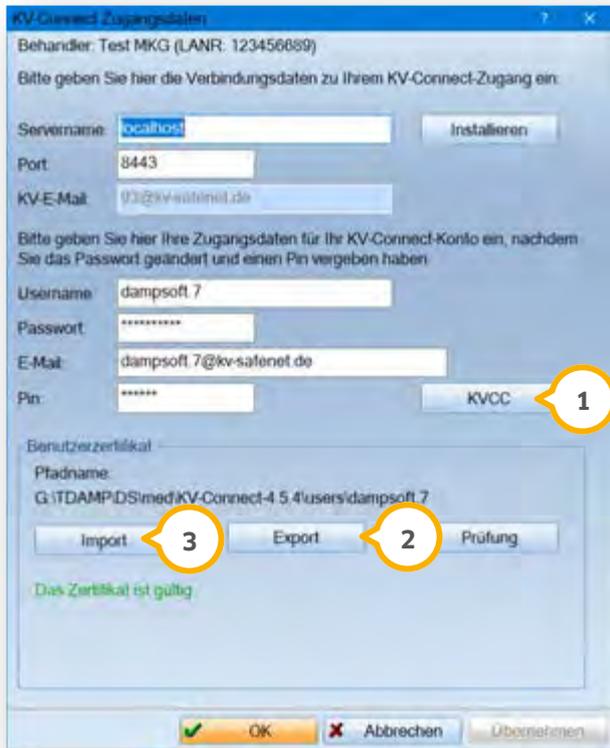
Geben Sie im geöffneten Dialog Ihren Benutzernamen, Passwort, E-Mail-Adresse ① sowie die zuvor angelegte PIN ein und beenden den Dialog mit >>OK<< ②. Die Einrichtung ist damit abgeschlossen.



Ihre Zugangsdaten können Sie jederzeit im Dialog „Ärztliche Praxisdaten“ über die Schaltfläche >>KV-Connect-Zugangsdaten<< ③ einsehen und ändern.



Es öffnet sich der folgende Dialog:



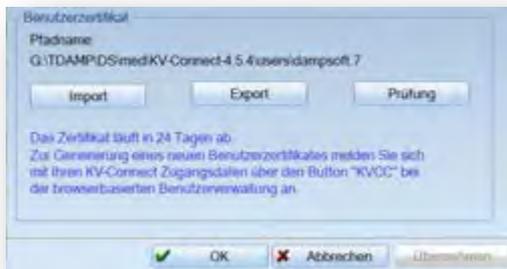
Über die Schaltfläche >>KVCC<< ① startet DS-Win automatisch Ihren Internetbrowser mit der Weboberfläche des KV-Connect-Clients. Nach der Anmeldung mit den von Ihrer KV mitgeteilten Zugangsdaten fordern Sie sich hier ein gültiges Benutzerzertifikat an.

Um auf einer anderen Arbeitsstation mit dem gleichen Zertifikat arbeiten zu können, klicken Sie auf die Schaltfläche >>Export<< ②. Speichern Sie das Benutzerzertifikat auf einem für alle Arbeitsstationen zugänglichen Laufwerk in Ihrem Netzwerk oder einem externen Datenträger.

Um Ihrem System ein bereits bestehendes/gültiges Zertifikat zu hinterlegen, klicken Sie auf die Schaltfläche >>Import<< ③. Wählen Sie den entsprechenden Pfad zum Speicherort aus und übernehmen Sie diesen. Sofern abweichende Zugangsdaten vorliegen, können sie diese außerdem in dem „KV-Connect Zugangsdaten“-Dialog ändern und übernehmen.

Danach verwendet das System automatisch das neu importierte Zertifikat bzw. die neuen Zugangsdaten für die nächste KV-Connect-Interaktionen (z. B. 1-Click Abrechnung).

150 Tage vor dem Ablauf des Zertifikats erhalten Sie täglich einen Hinweis über die verbleibende Zeit. Dieser Hinweis wird Ihnen im Bereich des Arztstempels über die KV-Connect Zugangsdaten angezeigt. Zusätzlich erhalten Sie eine Hinweismeldung in ihrer Abrechnung.

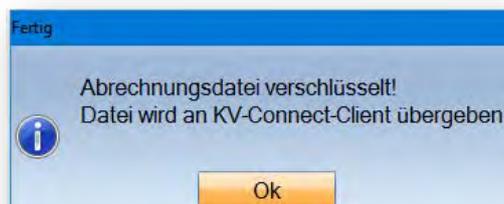


11.6.1. Abrechnung

In der Arzt-Abrechnung steht Ihnen im Dateierstellungs-Dialog eine Auswahl der Ärzte und eine zusätzliche Schaltfläche >>1-Click-Abrech.<< ① zur Verfügung.



Über diese Schaltfläche wird die Abrechnung direkt an Ihre KV übermittelt.



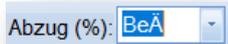
Sie erhalten bei erfolgreicher Übermittlung einen Hinweis, dass Ihre Abrechnung erfolgreich an KV-Connect verschickt wurde. Es wird Ihnen eine Rückmeldung an Ihr KV-Connect-E-Mail-Konto gesendet.

Sie erhalten eine Rückmeldung Ihrer KV auf Ihr E-Mail-Konto, welches sich bei der Einrichtung des KV-Connect-Kontos automatisch im DS-Win-E-Mail-Client angelegt hat. Je nach Einstellung erhalten Sie automatisch ein Brieftauben-Symbol oder Sie verzweigen über „Kommunikation/E-Mail“ in den E-Mail-Client und rufen die E-Mails manuell über „Senden/Empfangen“ ab.

In dieser E-Mail erhalten Sie Rückmeldung, ob die verschickte Datei fehlerfrei ist.

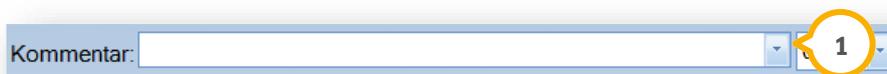
12.1. Belegärztliche Leistungserfassung bei Privatpatienten

Wählen Sie über den Reiter „Leistungserfassung“ das Feld „Abzug“:



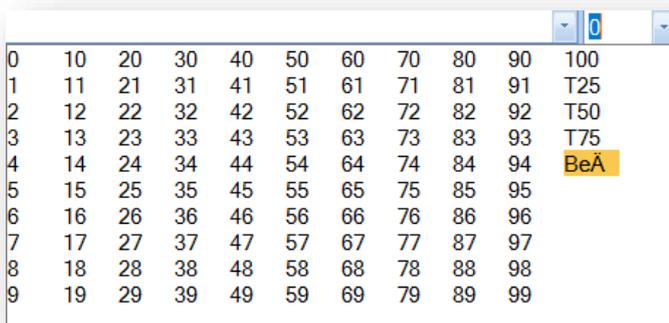
Abzug (%): BeÄ

Oder in dem Reiter „GOZ/GOÄ“ den Pfeil  im Kommentarfenster.



Kommentar:  1

Es öffnet sich die Auswahl des prozentualen Abzugs.



0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	11	21	31	41	51	61	71	81	91	T25
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92	T50
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93	T75
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94	BeÄ
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95	
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96	
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97	
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98	
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99	

Hier wird BeÄ ausgewählt. Somit wird bei allen anschließend eingegebenen Leistungen ein Abzug von 15 % eingetragen. Der Abzug ist auf der Privatrechnung ersichtlich.

12.2. Private Leistungserfassung für ambulante Behandlungen

Die Erfassung der GOÄ-Leistungen erfolgt in der GOZ/GOÄ Leistungserfassung.

12.3. BU-Abrechnung

Die ärztliche Abrechnung von Berufsunfällen wird nach GOÄ vorgenommen.

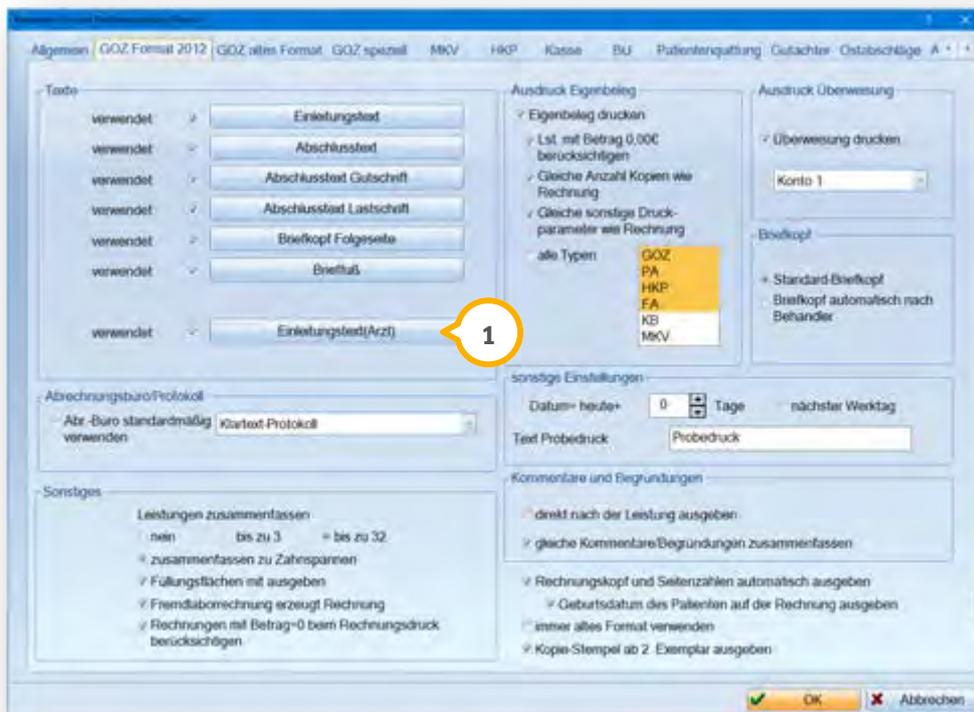
12.4. Zusätzliche Parameter für ärztliche Privatrechnung

Für die ärztliche GOZ/GOÄ-Rechnung steht Ihnen ein gesonderter Einleitungstext zur Verfügung.

Dieser Text wird automatisch auf einer Privatrechnung ausgegeben, sofern für den Zeitraum der erfassten Leistungen eine Diagnose eingetragen wurde.

Über den Menüpunkt „Einstellungen/Rechnungen/Allgemeine Einstellungen“ können Sie den Text anpassen.

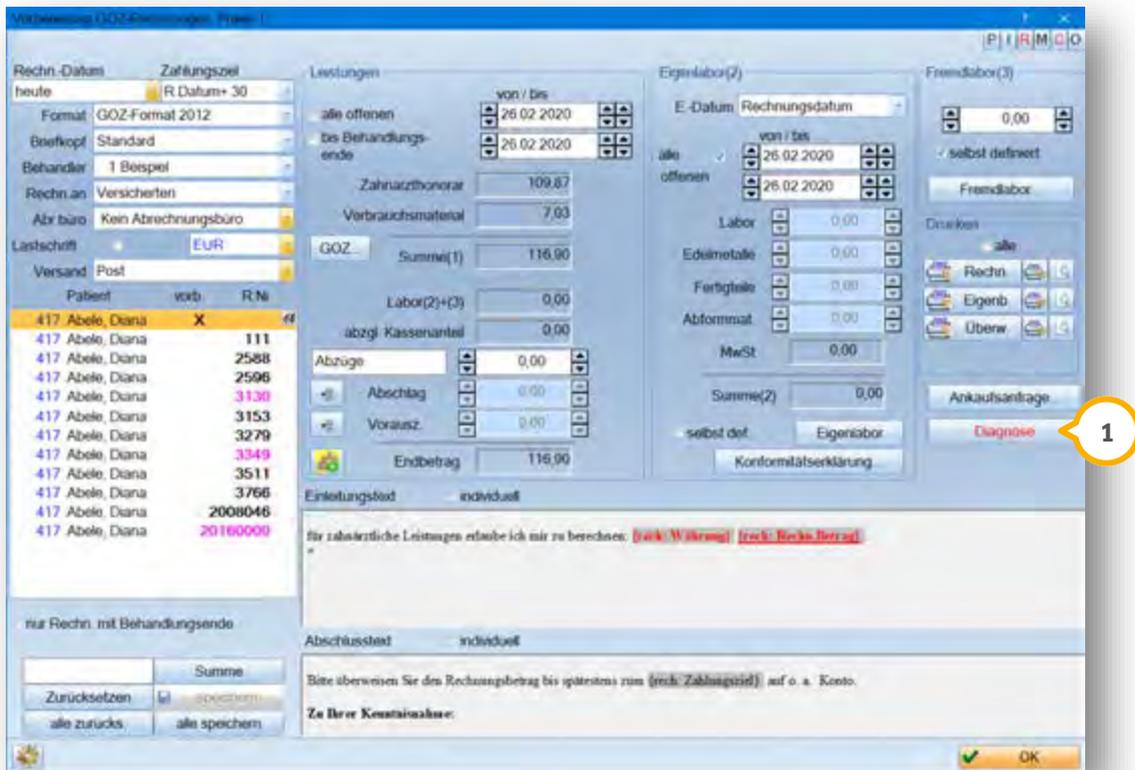
Öffnen Sie dafür den Reiter „GOZ Format 2012“. Klicken Sie auf die Schaltfläche >>Einleitungstext (Arzt)<< ①.



Es öffnet sich das Dampsoft-Textverarbeitungsprogramm. Sie haben die Möglichkeit den Text nach Ihren Wünschen anzupassen.

Um private Leistungen zu erfassen, rufen Sie Ihren gewünschten Patienten auf und verzweigen in die GOZ- oder gemeinsame Leistungserfassung. Klicken Sie auf >>Rechnung<<.

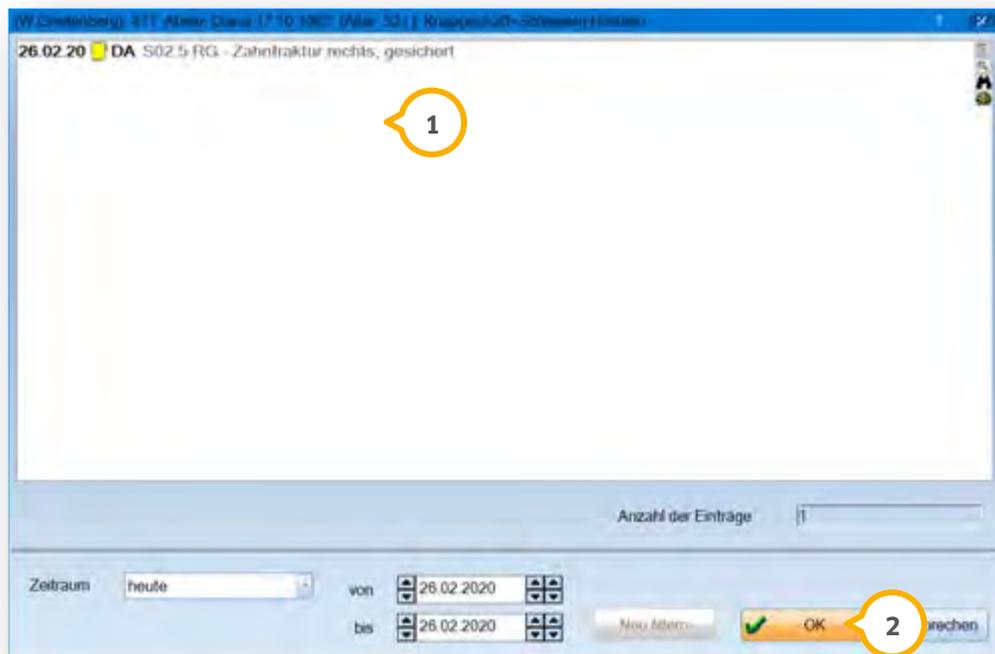
Der Dialog „Vorbereitung GOZ-Rechnungen“ öffnet sich:



Klicken Sie auf die Schaltfläche >>Diagnose<< ①.

Sofern eine Diagnose im Zeitraum der erfassten Arztleistungen eingetragen wurde, wird die Schaltfläche rot dargestellt.

Es öffnet sich der Diagnose-Dialog:



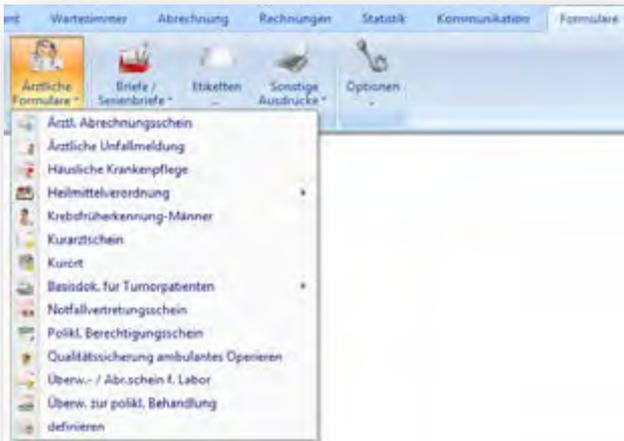
Um eine Diagnose auf einer Rechnung auszugeben, suchen Sie in der Liste ① nach Ihrer gewünschte Diagnose. Klicken Sie auf den Datensatz. Ihre Auswahl bestätigen Sie, indem Sie auf >>OK<< ② klicken. Der Dialog schließt sich und Sie gelangen automatisch zurück in die Rechnungsvorbereitung.

Informationen zur Abrechnung bei Privatpatienten und zur Stapelverarbeitung des Rechnungsdrucks finden Sie im DS-Win-Plus-Handbuch unter der Rubrik „GOZ-Rechnung“.

13.1. Die ärztlichen Formulare

Durch die Aktivierung des DS-Win-MED stehen Ihnen zusätzliche Formulare zur Verfügung. Um diese zu öffnen, stehen Ihnen zwei Wege zur Verfügung.

Öffnen Sie das Hauptmenü. Folgen Sie dem Pfad „Formulare/ärztliche Formulare“. Es wird Ihnen eine Liste mit allen Formulare angezeigt. Sie gelangen direkt in die Patientenauswahl, sobald Sie ein Formular auswählen.



Folgen Sie dem Pfad „Patientenauswahl/Patienten/Formular“. Um Ihr gewünschtes Formular zu öffnen, klicken Sie auf das entsprechende Formular.

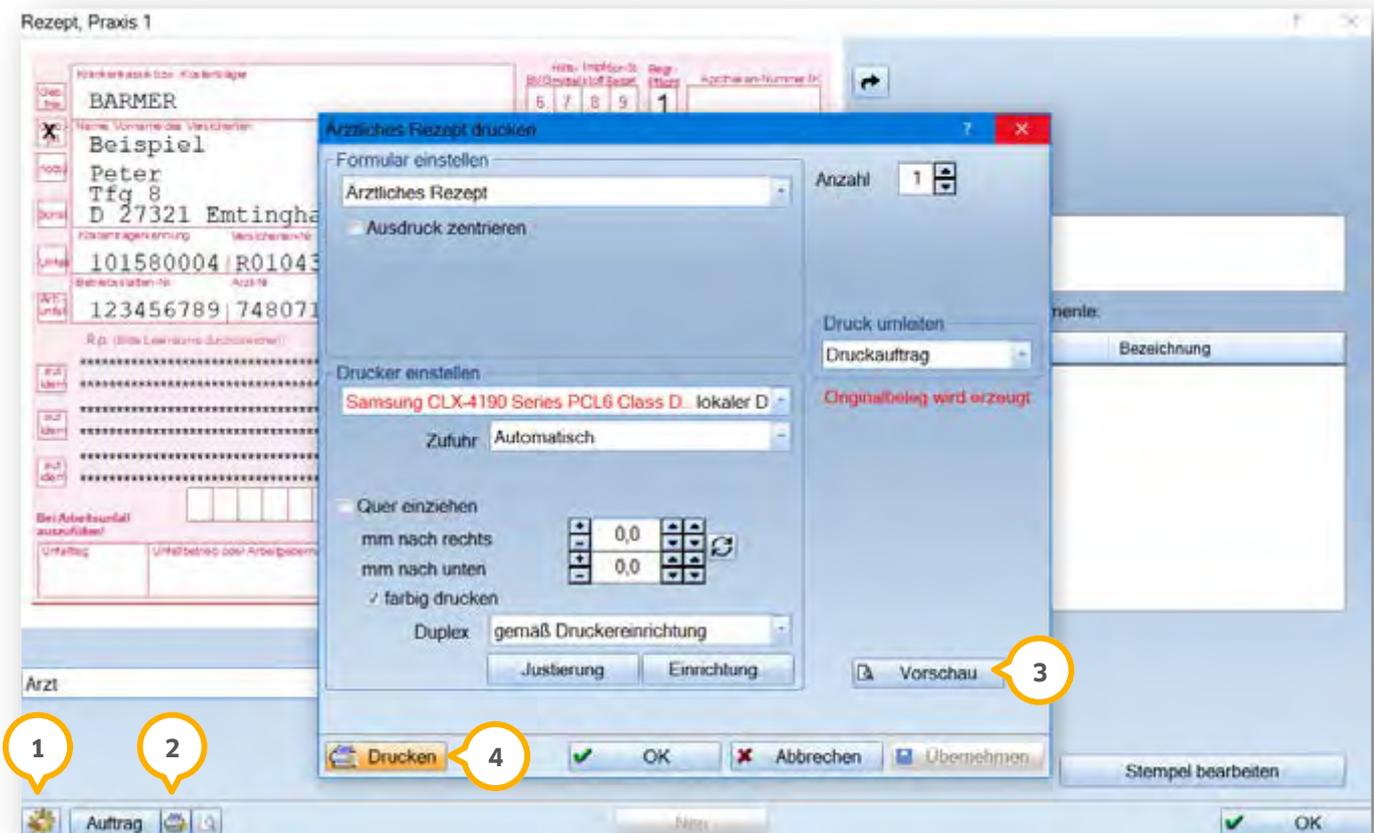


13.2. Druckfunktion

Zum Drucken der Formulare stehen Ihnen die gewohnten Schaltflächen zur Verfügung.

Über >>Drucken<< ① wird das Formular sofort unter Berücksichtigung der jeweiligen Druckeinstellungen gedruckt. Über ② können die Druckeinstellungen für das Formular geändert werden.

Der Dialog „Ärztliches Rezept drucken“ öffnet sich:



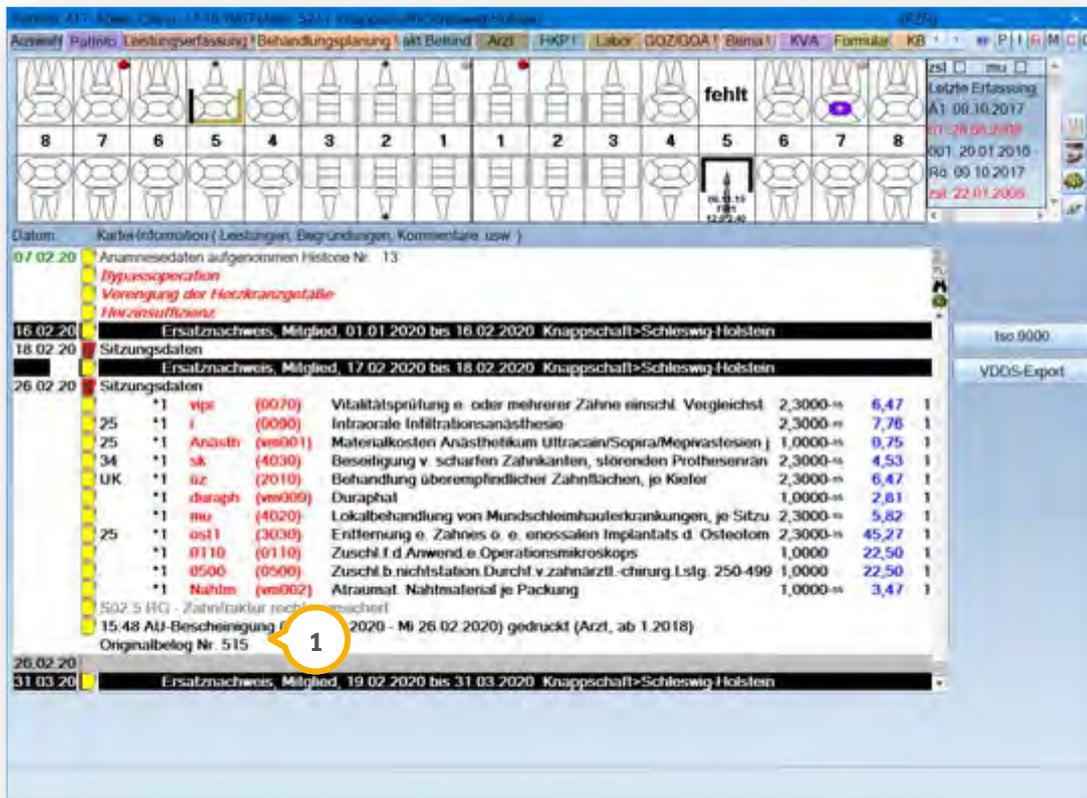
Nehmen Sie Ihre Änderungswünsche vor, z. B. den gewünschten Drucker oder die Anzahl.

Die Druckvorschau rufen Sie über >>Vorschau<< ③ auf.

Das Formular drucken Sie über die Schaltfläche >>Drucken<< ④.

13.3. Druckwiederholung

Wählen Sie über die Patientenauswahl den Patienten aus und wechseln Sie in den Reiter „PatInfo“.



Hier werden unter anderem die gedruckten Formulare des Patienten angezeigt ①. Durch Doppelklick auf den entsprechenden Datensatz öffnen Sie in das gedruckte Formular.

14.1. Die einzelnen Formulare

In den Formularen haben Sie, sofern für Sie relevant, die Möglichkeit zwischen dem Vordruck für Zahnarzt oder Arzt auszuwählen. Um die einzelnen Formulare aufzurufen, haben Sie zwei Möglichkeiten:

1. Öffnen Sie das gewünschte Formular beim Patienten über das Register „Formular“. Wählen Sie das gewünschte Formular aus.
2. Öffnen Sie das gewünschte Formular über die Multifunktionsleiste über den Pfad „Formulare/ärztliche Formulare“.

14.2. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Auswahl zwischen Vordruck für Zahnarzt oder Arzt am Beispiel der AU-Bescheinigung:

Der Ausdruck unterscheidet sich im Praxisstempel und in den abrechnungsrelevanten Daten im Versichertenkopf. In einigen Formularen können Sie sich über das Optionsfeld „selbst definiert“ **1** das Formular editieren. Nehmen Sie Ihre Eingabe direkt im grafischen Formular vor.

In diesem Fall können Sie in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, wenn Sie „Arzt“ **2** ausgewählt haben, in den Druckereinstellungen den Blanko-Laserdruck einstellen.

Mit dieser Einstellung wird Ihnen auf der ersten Seite der Bescheinigung ein mehrdimensionaler Barcode mit ausgedruckt. Dieser Barcode enthält die auf der ersten Seite angegebenen Daten.

14.3. Rezeptformular

Ärztliche Rezepte unterscheiden sich von zahnärztlichen Rezepten.

Zur Erstellung von ärztlichen Rezepten werden zertifizierte Datenbanken als Quelle verwendet. Das DS-Win-MED wurde zusammen mit ifap PraxisCenter und MMI Pharm Index (gelbe Liste) zertifiziert.

Diese Datenbanken sind von Ihnen als Praxisinhaber zu installieren.

Die Möglichkeit, Medikamente als Freitext aus dem Rezept einzutragen, bleibt davon unberührt.

Im Dialog für das Rezeptformular steht Ihnen, sobald Sie das ärztliche Rezept auswählen, keine Hausliste zur Verfügung.

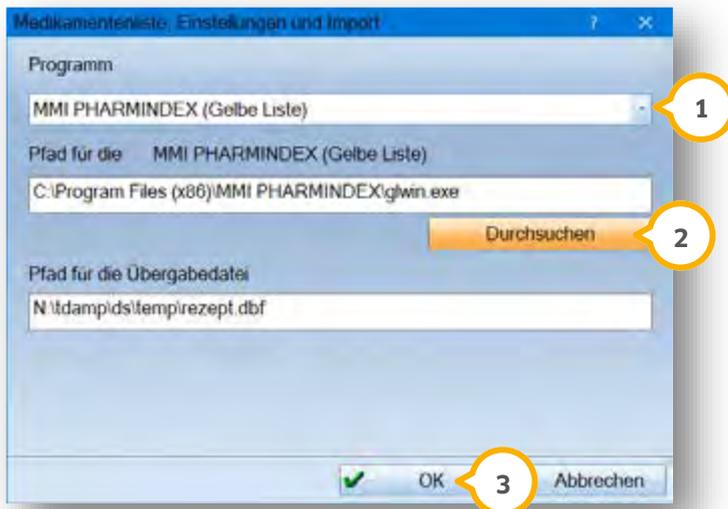
Über das Medikamenten-Symbol ① öffnen Sie in die voreingestellte Datenbank.

Über das Einstellungsradchen ② wählen Sie aus, welche der beiden zertifizierten Datenbanken Sie verwenden möchten.

Es öffnet sich der Dialog für die Rezept-Voreinstellungen, wenn Sie auf >>OK<< ③ klicken.

Eine weitere Einstellung im ifap PraxisCenter ist durch Sie nicht vorzunehmen.

Bei „MMI Pharmindex“ wird automatisch der Pfad eingetragen, sofern diese Datenbank lokal installiert ist. Wird diese Datenbank erst zu einem späteren Zeitpunkt installiert oder handelt es sich um eine Netzwerkinstallation auf einem Server, ist hier der korrekte Pfad manuell anzugeben.



Programm und Pfad werden automatisch übernommen. Überprüfen Sie die Übernahme.

Sollte der Bezug falsch hergestellt worden sein, wählen sie das richtige Programm bzw. den richtigen Pfad manuell aus. Filtern Sie dafür über den Pfeil ① nach dem richtigen Programm. Wählen Sie den richtigen Pfad über >>Durchsuchen<< ②.

Bestätigen Sie mit >>OK<< ③.

Weitere Information zur Handhabung und Einstellungen der einzelnen Datenbanken erhalten Sie über die Homepage des jeweiligen Herausgebers.

www.ifap.de

www.mmi.de

Wichtig: Dampsoft stellt keine Support-Leistungen für diese beiden Datenbanken bereit.

Bei einem Wiederholungsdruck aus der Kartei kann nur am selben Tag der Inhalt des Rezepts verändert werden. Danach kann nur ein Duplikat gedruckt werden.

14.4. Ärztlicher Abrechnungsschein

Nehmen Sie direkt auf dem Formular Ihre Eingaben vor (Diagnose, ambulante bzw. belegärztliche Behandlung usw.)

Klicken Sie in das Feld „Diagnose“ ①, erscheint im Eingabefenster ein Pfeil ②. Sie öffnen die Diagnoseauswahl, indem Sie auf den Pfeil klicken.

Der Ausdruck erfolgt auf dem Originalformular.

14.5. Ärztliche Unfallmeldung

Bei Aufruf der ärztlichen Unfallmeldung öffnet sich die Fremdadressen-Auswahl.

The screenshot shows a software window titled "Fremdadressen-Auswahl". At the top, there is a list of addresses with "Techniker Krankenkasse" selected. Below this, there are several input fields for contact and address details, including "Nr.", "Anrede", "Name", "Anrede 2", "Straße", "Land", "PLZ", "Ort", "Telefon 1", "Telefon 2", "Fax", "EMail", "UST-IdNr.", "Titel", "Vorname", "Geb. Datum", "Bank", "Konto", "BLZ", "IBAN", and "BIC". There are also three "Zeile" (line) fields for a self-defined address and an "Online Terminmanagement" checkbox. At the bottom, there is a "Zuordnung" (assignment) list with options "01 Fremdlabor", "02 Überweiser", "03 Krankenkassen", and "05 Beihilfestelle". The "Ok" button is highlighted with a green checkmark and a yellow circle with the number 3. Other buttons include "Neu", "Löschen", "Abbrechen", "Rückgängig", and "Übernehmen". A yellow circle with the number 1 points to the address list, and a yellow circle with the number 2 points to the "selbstdefinierte Anschrift und Anrede (Zeile 3)" section.

Wählen Sie die Adresse aus, an die sich die ärztliche Unfallmeldung richtet.

Sie können eine neue Adresse aufnehmen **2** oder eine bereits eingetragene **1** auswählen.

Um die Auswahl zu bestätigen, klicken Sie auf >>OK<< **3**.

Die ärztliche Unfallmeldung öffnet sich:

Es handelt sich um die grafische Darstellung des Formulars. Die Eingaben erfolgen direkt in dem Formular. Durch Verschieben der Bildlaufleiste ① nach unten wird die untere Hälfte des Formulars angezeigt. Der Ausdruck erfolgt entweder auf dem Originalformular oder auf Blankopapier.

14.6. Häusliche Krankenpflege

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Codes)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis RKP-Richtlinie)

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung				
Häufigkeit	Dauer			
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

Kompressionsbehandlung

ab 10/2017

1 Dr. Peter Bospitt

Drucken OK Abbrechen

Hier wird das Originalformular grafisch dargestellt. Alle Eingaben werden direkt in dem Formular vorgenommen.

14.8. Kurarztschein

- Kurarztschein -
Behandlungsausweis für kurzfristige Behandlung

KN Knappschaft
Abbas Maria, 13.05.65
Vogelsang 16, 24351 Damp

101305000 C129988771 | 3
748071100 123456689

Von der Krankenkasse auszufüllen:
 Ambulante Versorgung zur Krankheitsversorgung
 Ambulante Versorgung bei bestehenden Krankheiten
 Ambulante Versorgung für Kinder
 Durchführung als Kompaktkur
 Kurort: _____ Dauer in Wochen: _____

Zur Beachtung für den Versicherten!
Bitte den Kurarztschein ca. 1 Woche vor Beginn vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.
Bitte unbedingt die Krankensicherheitskarte für den Kurort mitnehmen.

Relevante Diagnosen / Schädigungen / Funktionsstörungen / Befunde / Risikofaktoren / Regulations- / Befindlichkeitsstörungen

Mitgegebene Unterlagen: Original EKG Röntg. Sono Keine
Auswertung

Dauermedikation: Nein Ja - welche: _____
• Dauermedikamente sind ausreichend zu verordnen! •

In Behandlung seit: _____ Der Patient ist vorsorgefähig: Ja Nein

Hinweise/Risiken/Einschränkungen: _____

Verhaltenspräventive Maßnahmen empfohlen? Ja Nein

Peter Beispiel
MKG
Gartenstraße 11
24351 Damp
04352/91716

Drucken | Formularkopf alt | 1 Dr. Peter Beispiel | OK | Abbrechen

Hier wird das Originalformular grafisch dargestellt. Alle Eingaben werden direkt in dem Formular vorgenommen.

14.9. Kurort

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V

bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
 zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten
 bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

erhöhter Blutdruck Bewegungsmangel/Fehlhaltung Übergewicht/Adipositas Stress Rauchen

Sonstige Risikofaktoren: _____

aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschaden nach dem BfVG
Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund: _____

I Dr. Peter Boesjap

Drucken OK Abbrechen

Hier wird das Originalformular grafisch dargestellt. Alle Eingaben werden direkt in dem Formular vorgenommen.

14.10. Nachsorge

Bei Aufruf des Nachsorge Formulars öffnet sich die Fremdadressen-Auswahl:

Wählen Sie die Adresse ① aus, an die die Nachsorge gerichtet werden soll. Um die Auswahl zu bestätigen, klicken Sie auf >>OK<< ②.

Das Formular öffnet sich:

The screenshot shows a medical software window titled 'Patienten-Formular'. The form is divided into several sections:

- Header:** Includes a grid for 'Eingangs-Nr.' and a 'Geschlecht' field with options for 'M' and 'W'.
- Patient Information:**
 - Name, Vorname, Anschrift des Patienten: **Abbas Maria Vogelsang 16, 24351 Damp**
 - geb. am: **13.05.65**
- Insurance and Contract:**
 - Kassen-Nr.: **101305000**, Versicherungs-Nr.: **C129988771**, Status: **13000000**
 - Vertrags-Nr.: **123456689**, Ink. gültig bis: **03.03.20**, Datum:
- Addresses:**
 - Einweisender Arzt / Hausarzt: **Techniker Krankenkasse, Zweigstelle Kiel, Hamburger Chaussee 108, 24116Kiel**
 - Behandelnder / Meldender Arzt (Abteilung): **Peter Biespiel, MKG, Gartenstraße 8, 24351 Damp, 04352/91716**
- Diagnosis and Care:**
 - Tumordiagnose der Primärerkrankung (ICD-10): [] [] [] [] [] []
 - Radio buttons for **Nachsorge** (Der Tumor/einheit) and **Nachuntersuchung** (bei bestehender Tumor/erkrankung).
 - Datum der Nachsorgeuntersuchung: [] [] [] [] [] []
- Therapy:**
 - Bisherige Therapie: Operative Verfahren, Strahlentherapie, Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie
 - wann und wo: _____
- Footer:**
 - Zwischenanamnese / klinische Untersuchung / Lokalfund:
 - Navigation: 'alle Form' / 'neue Form', 'Drucken', 'OK', 'Abbrechen'
 - Current user: '1 Dr. Peter Biespiel'

Hier wird das Originalformular grafisch dargestellt. Alle Eingaben werden direkt in dem Formular vorgenommen.

14.11. Notfall-Vertretungsschein

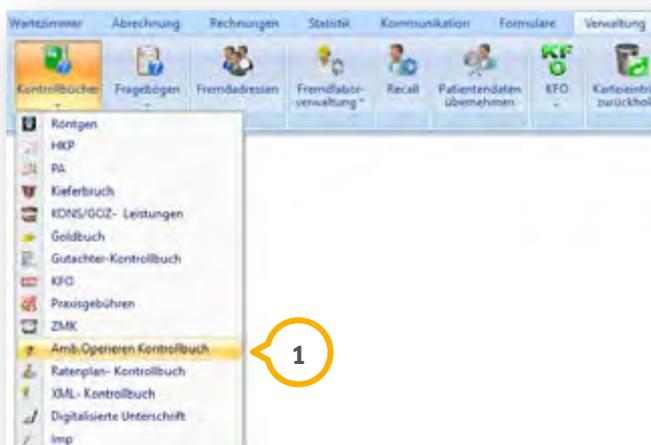
Hier wird das Originalformular grafisch dargestellt. Alle Eingaben werden direkt in dem Formular vorgenommen.

Die Diagnoseauswahl öffnen Sie, indem Sie auf das Feld „Diagnose“  klicken. Im Eingabefeld öffnet sich ein Pfeil. Über diesen Pfeil können Sie Ihre gewünschte Diagnose auswählen.

14.12. Qualitätssicherung ambulantes Operieren

Hier wird das Originalformular grafisch dargestellt. Alle Eingaben werden direkt in dem Formular vorgenommen.

Diese Einträge werden im Kontrollbuch für ambulantes Operieren ① geführt.



14.13. Überw.-/Abrechnungsschein für Labor

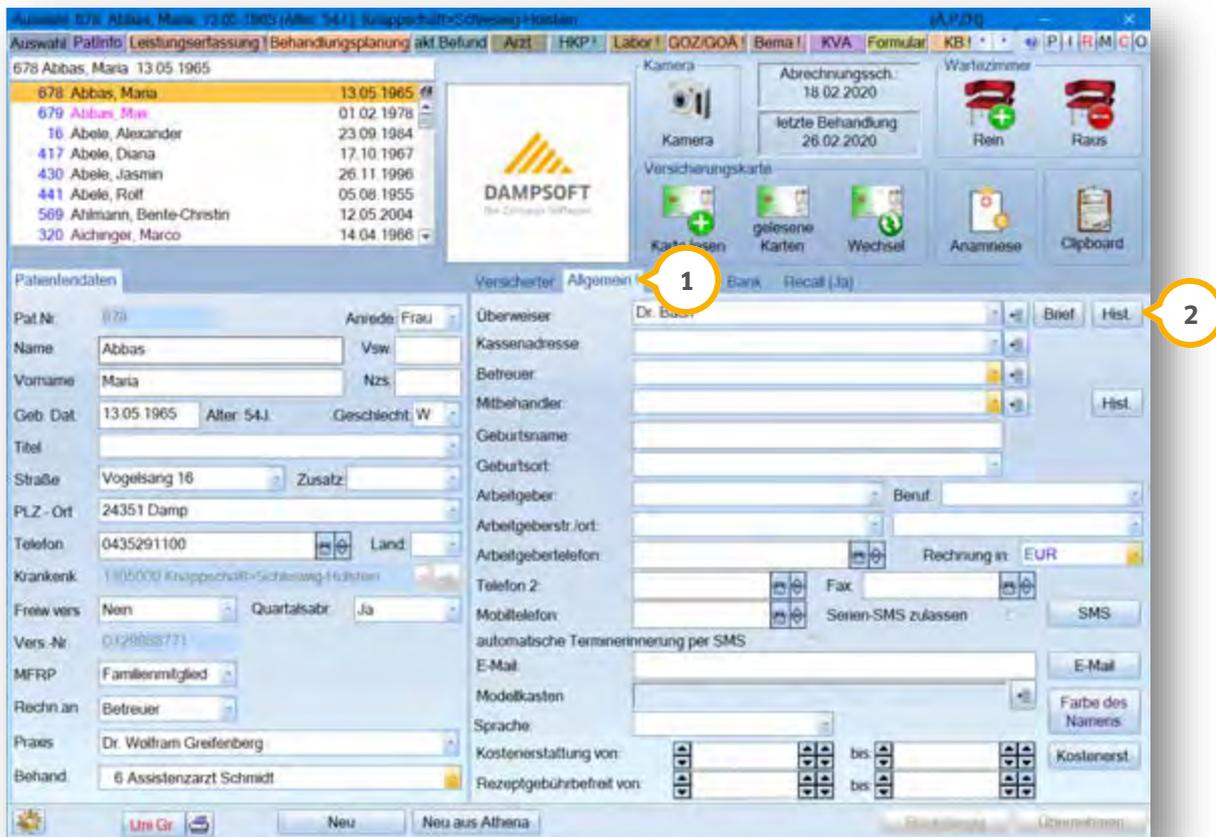
The image shows a software-generated form for a laboratory referral. The form is titled "Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung" and includes the following sections:

- Header:** "Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung" and a QR code with the number "10".
- Insurance Information:**
 - Krankenversicherung (Kassennummer): KN Knappschaft
 - Name, Vorname des Versicherten: Abbas
 - geb. am: 13.05.65
 - Adressbezeichnung: Maria Vogelsang 16, 24351 Damp
 - Versicherer-Nr.: 101305000
 - Versicherungskategorie: C129988771
 - Status: 3000000
 - Betriebsstätten-Nr.: 748071100
 - Arzt-Nr.: 123456689
 - Datum: 03.03.20
- Order Information:**
 - Auftragsnummer des Labors: (Grid for barcode)
 - ggf. Kennziffer: (Grid)
 - Quartal: (Grid)
 - Geschlecht: (Grid)
- Medical Indication:**
 - Eintrag zur bei Wiederüberweisung? (Grid)
 - betriebsärztlich für das Einführenlassen? (Grid)
 - Art/Nr. des Einführerlassens: (Grid)
 - Abnahmedatum: (Grid)
 - Abnahmezeit: (Grid)
- Referral Details:**
 - Befundübermittlung erteilt, nachrichtlich an: (Grid)
 - Telefon Nr.: (Grid)
 - Fax Nr.: (Grid)
- Diagnosis:**
 - Diagnose/Verdachtsdiagnose: (Text field with a red circle and the number "1" next to it)
 - Befund/Medikation: (Text field)
 - Auftrag: (Text field)
- Provider Information:**
 - Peter Beispiel, MKG, Gartenstraße 6, 24351 Damp, 0435291716
 - Vertragsärztlich / Unterschrift über Arzt: (Text field)
- Footer:**
 - Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schiffsunfällen.
 - Muster 10 (10/2019)
 - Buttons: Auftrag, Laborüberweisung (ab 10.2019), 1 Dr. Peter Beispiel, OK, Abbrechen

Hier wird das Originalformular grafisch dargestellt. Alle Eingaben werden direkt in dem Formular vorgenommen. Um die Diagnoseauswahl zu öffnen, klicken Sie auf „Diagnose/Verdachtsdiagnose“ ①.

15.1. Auswahl der Überweiser

Wählen Sie den Patienten aus und klicken Sie in den Versichertendaten den Reiter „Allgemein“ ① an.



Rufen Sie über die Schaltfläche >>Hist.<< ② die Überweiserhistorie auf.

15. Überweiserdaten erfassen und Überweiserbrief erstellen

DAMPSOFT
Version: 1.1

Seite 77/89

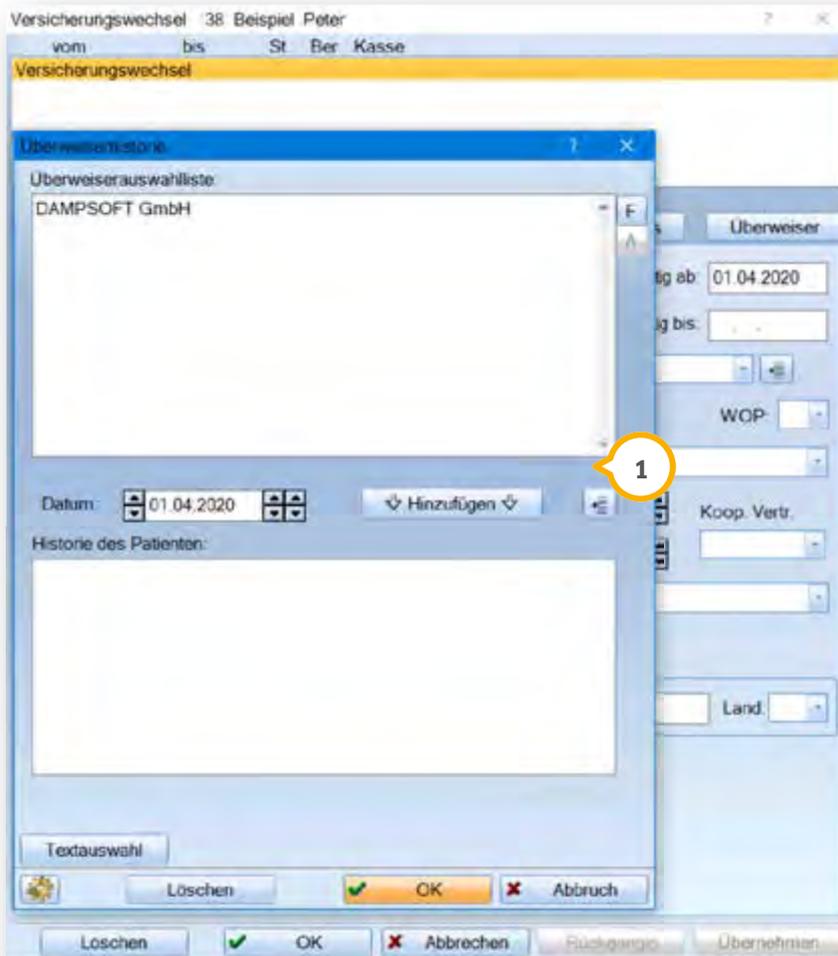
Der Dialog „Überweiserhistorie“ öffnet sich:



Wählen Sie Ihren gewünschten Überweise ① aus. Klicken Sie auf die Schaltfläche >>Hinzufügen<< ②. Der Behandler wird mit dem entsprechenden Datum in die Historie des Patienten übernommen ③.

15.2. Neuaufnahme von Überweisern

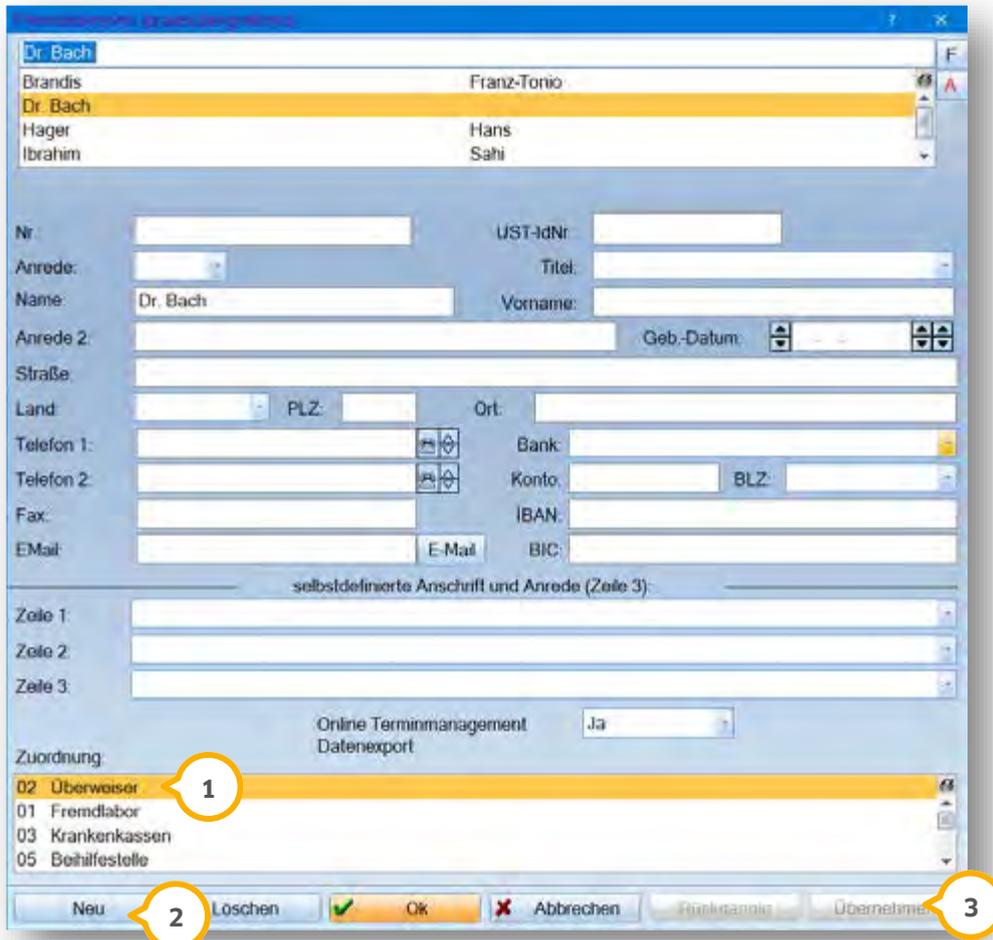
Wählen Sie beim Patienten das Register „Pat. Auswahl“ an und klicken Sie hier auf >>Wechsel<<. Der Dialog „Versicherungswechsel“ öffnet sich. Klicken Sie hier auf >>Überweiser<<. Die „Überweiserhistorie“ öffnet sich:



Klicken Sie auf die Schaltfläche ①.

15. Überweiserdaten erfassen und Überweiserbrief erstellen

Es öffnet sich der Dialog „Fremdadressen“:



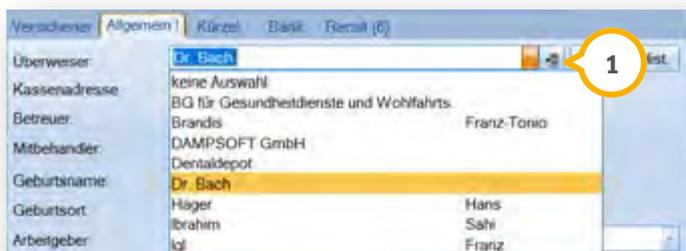
Damit die eingegebenen Daten als Überweiser im Programm erkannt werden können, wählen Sie „02 Überweiser“ **1** aus. Dadurch wird die Adresse im Dialog „Überweiserhistorie“ übernommen.

Klicken Sie auf die Schaltfläche >>Neu<< **2**. Tragen Sie die Daten des Überweisers ein.

Um Ihre Auswahl zu sichern, klicken Sie auf >>Übernehmen<< **3**.

15.3. Eintragung des Übersweisers beim Patienten

In der Patientenauswahl haben Sie im Reiter „Allgemein“ die Möglichkeit den Hauptüberweiser einzustellen. Sie können über den Pfeil ① die Auswahlliste öffnen und dort einen bereits vorhandenen Überweiser auswählen. Neue Überweiser nehmen Sie über die Historie auf.



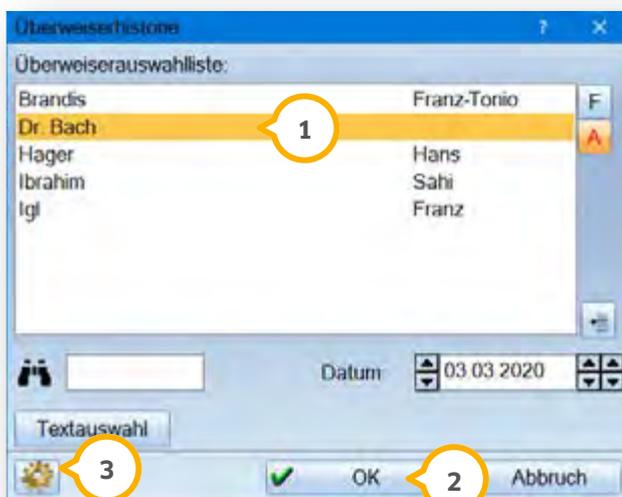
15.4. Erstellung der Überweiserbriefes

Bei einem Patienten wurde in der Überweiserhistorie ein Überweiserbrief eingetragen und in der Leistungserfassung wurden die Einträge Vorgeschichte, Befund und Therapie vorgenommen.

Der Überweiserbrief kann über unterschiedliche Dialoge aufgerufen werden:

- Patientenauswahl/Reiter Formular/„Brief an Überweiser“.
- Hauptmenü/Formulare/Briefe/Serienbriefe/Briefe/Patientenbrief an Überweiser.
- Patientenauswahl/Schaltfläche Brief

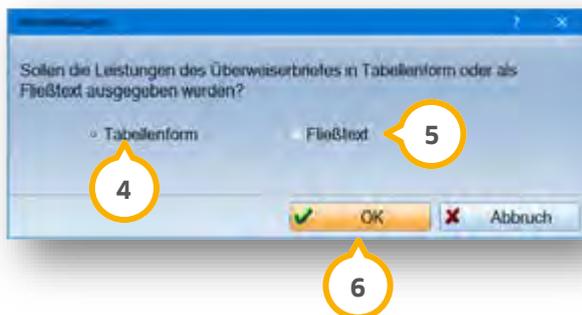
Es öffnet sich die reduzierte Überweiserhistorie:



Wählen Sie einen ① Überweiser in der Auswahl aus, an den der Brief gerichtet sein soll. Übernehmen Sie Ihre Auswahl, indem Sie auf >>OK<< ② klicken. Je nachdem, welche Form des Überweiserbriefes Sie in den Voreinstellungen ausgewählt haben, öffnet sich der entsprechende Dialog.

Die Voreinstellung erreichen Sie über das Einstellungsradchen ③.

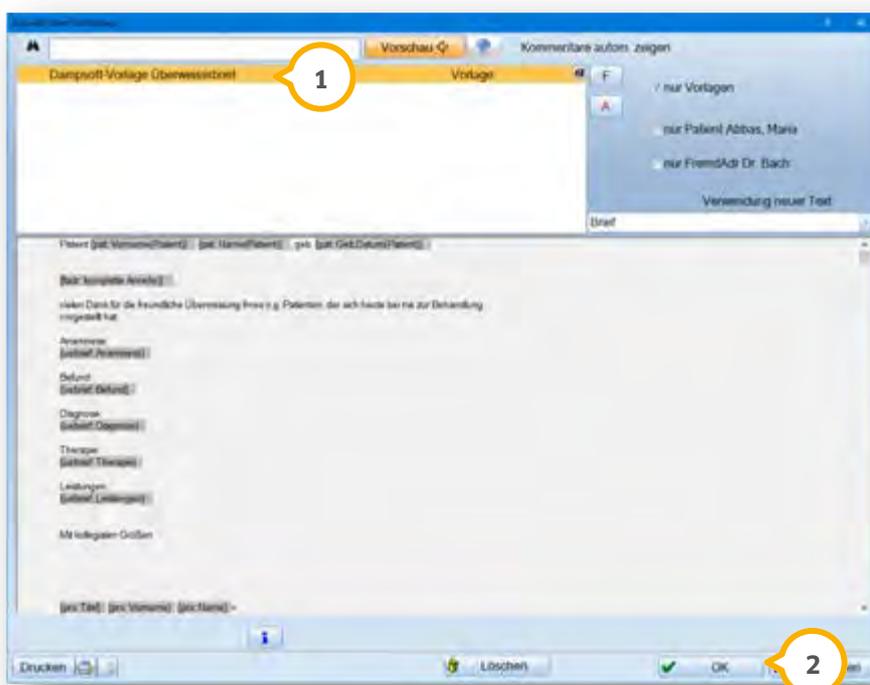
Es öffnet sich folgender Dialog:



Die Einstellungen passen Sie an, indem Sie „Tabellenform“ ④ oder „Fließtext“ ⑤ wählen. Die Einstellung übernehmen Sie mit >>OK<< ⑥.

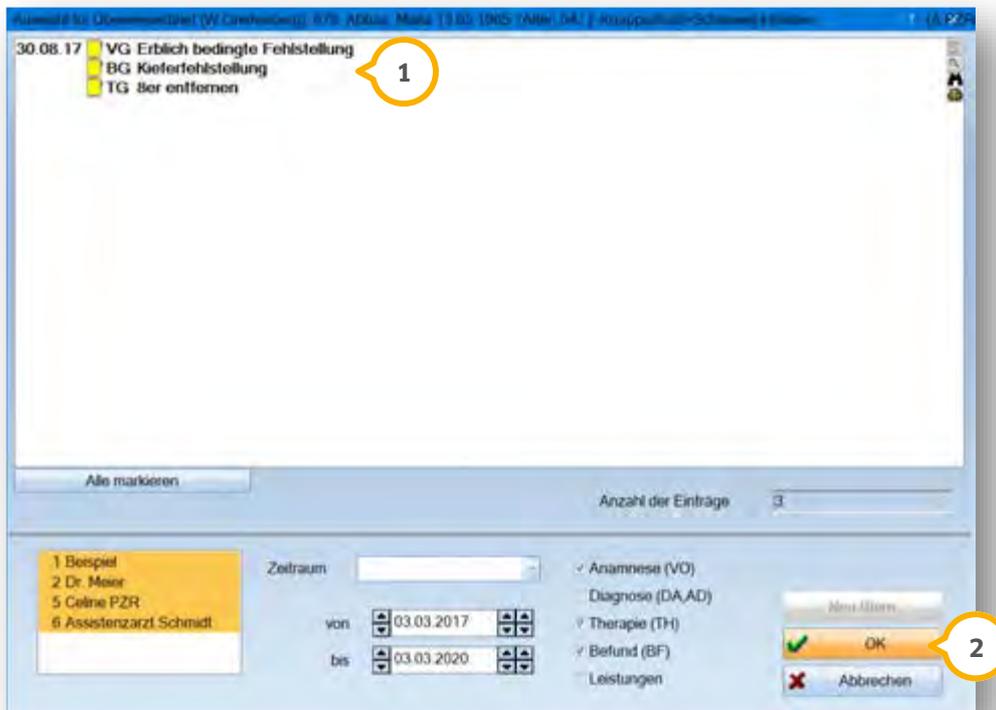
15.4.1. Überweiserbrief Tabellenform

Der Dialog „Auswahl einer Textvorlage“ öffnet sich:



Wählen Sie den Eintrag „Dampsoft Vorlage Überweiserbrief“ ① an und bestätigen Sie Ihre Auswahl mit >>OK<< ②.

Es öffnet sich das Fenster für die Anamnese (VO):



Hier werden alle Einträge aus der Leistungserfassung des Patienten mit der Kennung VO angezeigt, zusätzlich die Diagnose, Therapie, Befund und die Leistungen die den unten eingestellten Kriterien (Behandler und Zeitraum) entsprechen. Wählen Sie den gewünschten Datensatz ① aus und übernehmen Sie die Auswahl mit >>OK<< ②.

Es öffnet sich das Dampsoft Textprogramm.



15. Überweiserdaten erfassen und Überweiserbrief erstellen

DAMPSOFT
Version: 1.1

Seite 83/89

Die eingegebenen Texte wurden automatisch in den Brief übernommen. Im Briefkopf werden die Daten des Überweisers automatisch übernommen. Der Brief lässt sich individuell anpassen.

Sie können den Brief über „Text/Drucken“ oder über das Drucker-Symbol ausdrucken.

Zahnarztpraxis PETER BEISPIEL

Gartenstr. 8
24351 Damp

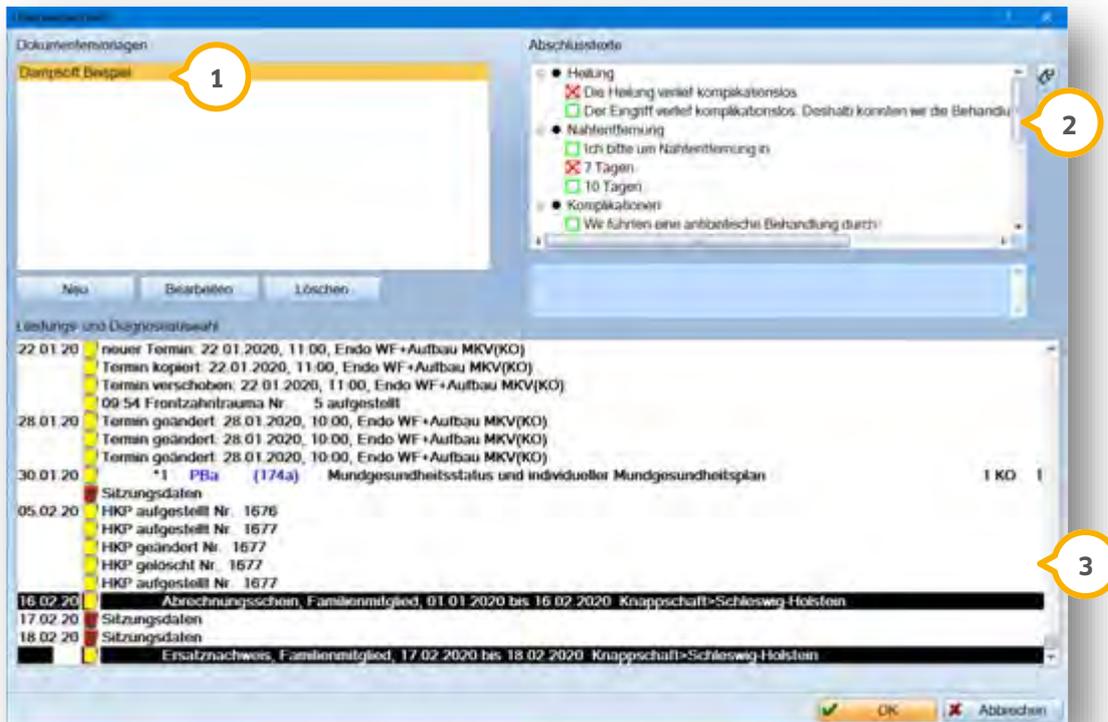
Dr. Bach
Teststrasse 12
12345 Traumstadt

Bankverbindung
apoBank Hamburg
BIC DAAEDED1002
IBAN DE46200906020001241245
Steuernummer 11111

Telefon: 04352 917116
Fax: 04352 917190
E-Mail:

15.4.2. Überweiserbrief Fließtext

Wählen Sie in den Voreinstellungen „Fließtext“, öffnet sich der Dialog für den Überweiserbrief. Sie übernehmen den Inhalt, indem Sie beispielsweise auf die Vorlage „Dampsoft Beispiel“ **1** klicken.



1 In dieser Liste finden Sie alle vorhandenen Dokumentvorlagen für Ihre Überweiser-Briefe, die Sie mit einem Fließtext füllen können. Zum Hinzufügen, Ändern und Löschen von Vorlagen benutzen Sie die Schaltfläche unterhalb des Fensters.

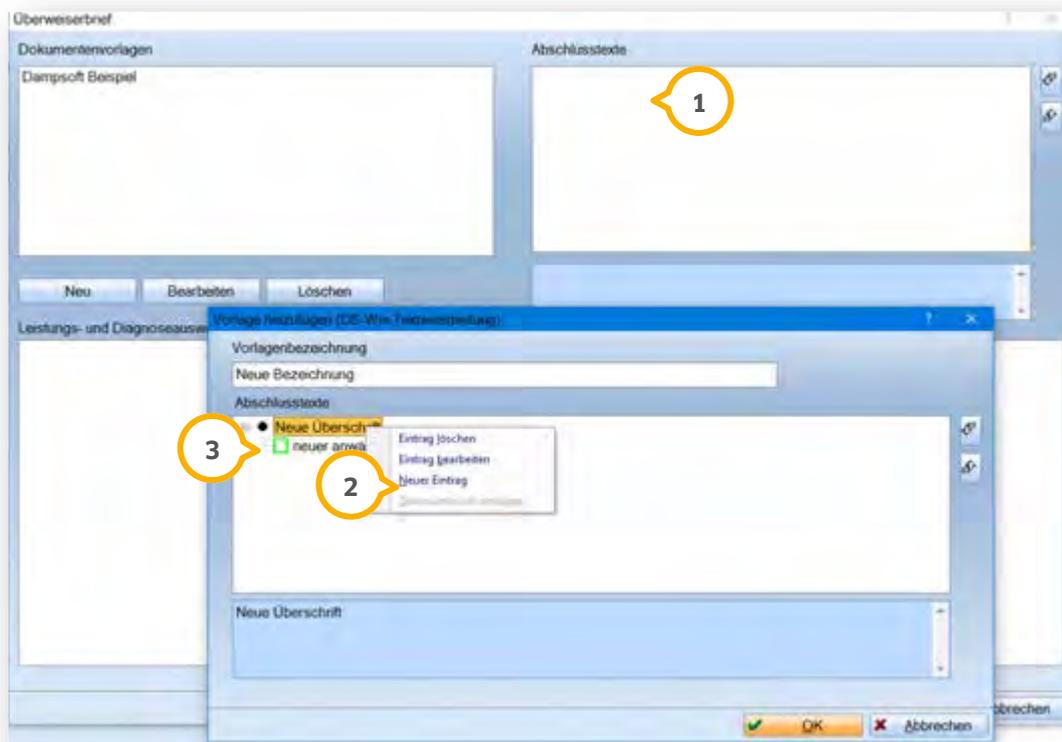
2 Im Feld „Abschlusstexte“ können Sie die zur Vorlage gehörigen Textbausteine ansehen und durch einen Klick auf das jeweilige Markierungsfeld für Ihren Brief auswählen.

3 Unter dem Feld „Leistungs- und Diagnoseauswahl“ finden Sie die Karteikarte des jeweiligen Patienten und können mit der Maus, Leistungszeiträume und Einzelleistungen markieren, die in späteren Briefen verwendet werden sollen. Sollten Sie für den Überweiserbrief nicht verwertbare Einträge markieren, stellt dies kein Problem dar. Lediglich sinnvolle markierte Leistungen, Befunde und Diagnosen (AD, DA, BF, TH, VO) gelangen in den späteren Brief.

15.4.3. Erstellen eigener Dokumentenvorlagen

Um eigene Vorlagen für die Überweiserbriefe zu erstellen, klicken Sie auf die Schaltfläche >>Neu<< im zentralen Überweiserbrief-Dialog.

Im Feld „Vorlagenbezeichnung“ ② geben Sie Ihrer Vorlage einen eindeutigen Namen, damit Sie diese in der Liste schnell wiederfinden. Anschließend können Sie im Bereich „Abschlusstexte“ ① beliebige Textbausteine unter Überschriften (Themengebieten) organisieren, die später optional in den Brief mit übernommen werden.



Unter der neuen Überschrift ③ erzeugen Sie beliebig viele Einträge, indem Sie auf einen vorhandenen Eintrag mit der rechten Maustaste klicken. Es öffnet sich das Maus-Menü ②. Klicken Sie auf „Neuer Eintrag“.

Einen Texteintrag löschen Sie, indem Sie mit rechter Maustaste auf den gewünschten Eintrag klicken. Es öffnet sich das Maus-Menü ②. Klicken Sie auf „Eintrag löschen“. Handelt es sich bei dem ausgewählten Eintrag um eine Überschrift, löschen sie sämtliche Texte, die darunter abgelegt waren.

Um in einem Texteintrag einen Zeilenumbruch einzufügen, klicken Sie mit rechter Maustaste auf den gewünschten Eintrag. Es öffnet sich das Maus-Menü ②. Klicken Sie auf „Zeilenumbruch einfügen“.

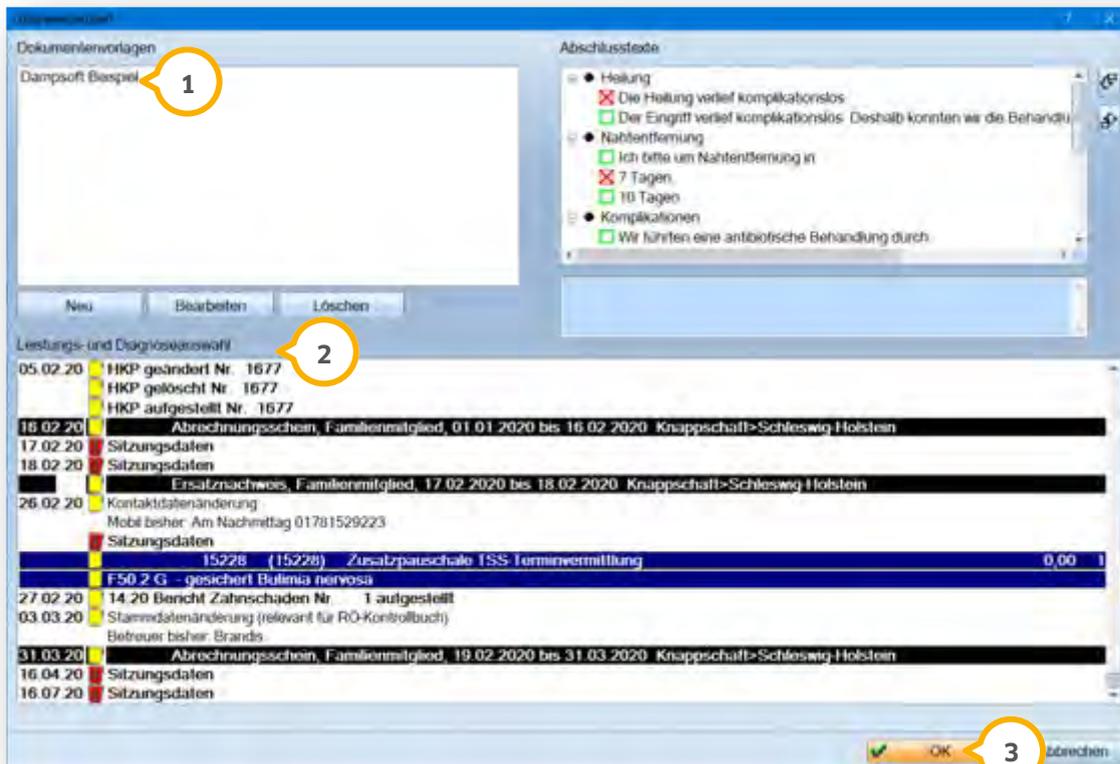
Fügen Sie keinen Zeilenumbruch ein, werden alle Einträge im Brief hintereinander geschrieben. An der Absatzmarke am Zeilenende erkennen Sie, ob Sie einen Umbruch eingefügt haben.

Um Texteinträge bzw. Überschriften inkl. dazugehöriger Texte neu zu sortieren, klicken Sie den gewünschten Eintrag mit der Maus an und ziehen ihn an die gewünschte Stelle (Drag and Drop). Beachten Sie dabei, dass Texteinträge nur innerhalb ihrer Überschrift neu sortiert werden und Überschriften nur vor oder nach einer anderen Überschrift platziert werden können.

15.4.4. Erstellen des Überweiserbriefes

Um mit einer Briefvorlage zu bearbeiten, markieren Sie diese im Bereich „Dokumentenvorlagen“ im Überweiserbrief-Dialog **1**.

Die Leistungen und andere relevante Einträge wie z. B. Diagnosen, die in Ihrem Überweiserbrief stehen sollen, wählen Sie im Karteikartenfeld **2** durch Markieren mit der Maus an.



Um Ihre Markierungen zu übernehmen, klicken Sie auf die Schaltfläche >>OK<< **3**.

15. Überweiserdaten erfassen und Überweiserbrief erstellen

DAMPSOFT
Version: 1.1

Seite 87/89

Es öffnet sich die Textverarbeitung.



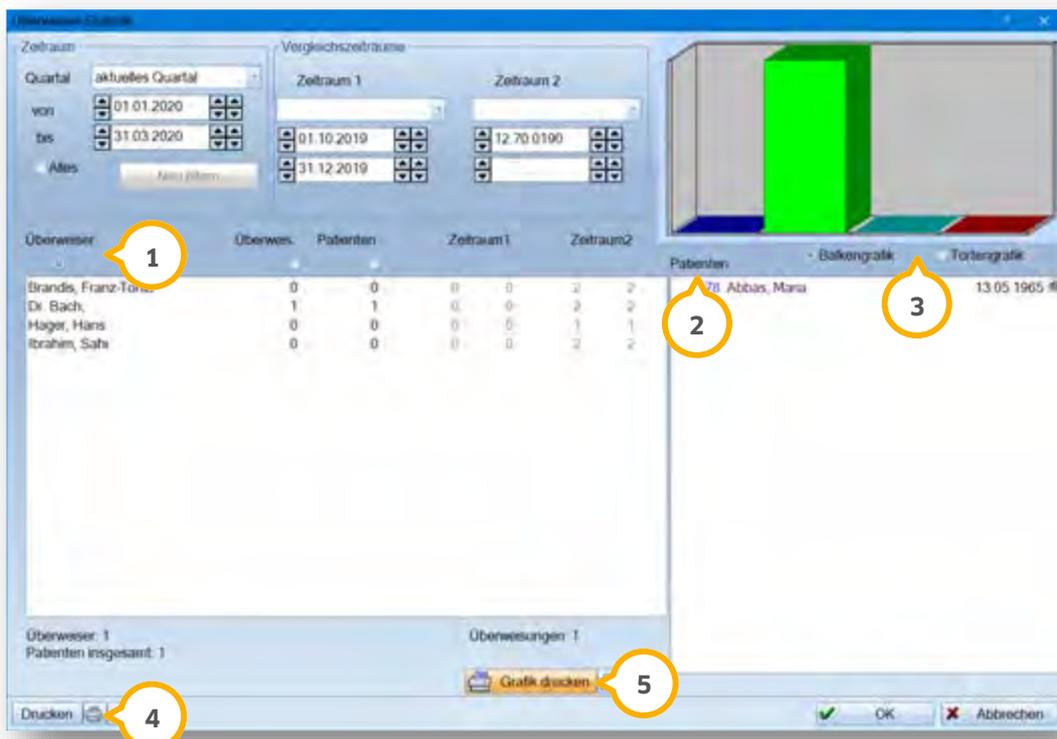
Eingaben und Änderungen nehmen Sie vor, indem sie mit der Maus auf die gewünschte Stelle klicken, und Ihren Text eingeben.

Drucken Sie den Brief wie gewohnt über das Drucker-Symbol aus, erhalten Sie vorab die Speicherabfrage. Der Hinweis, dass ein Dokument für den Patienten gedruckt wurde, wird automatisch in die Karteikarte eingetragen.

Die Statistiken rufen Sie im Hauptmenü über den Pfad „Statistik/Überweiser“ auf.

16.1. Überweiserstatistik

Sofern Sie bei dem Patienten den überweisenden Arzt in der Überweiserhistorie eingetragen haben, können Sie eine Überweiserstatistik erstellen.



Unter ① werden alle Überweiser angezeigt, die im gefilterten Zeitraum Patienten zu Ihnen überwiesen haben.

Unter ② werden die zu den Überweisern gehörigen Patienten angezeigt.

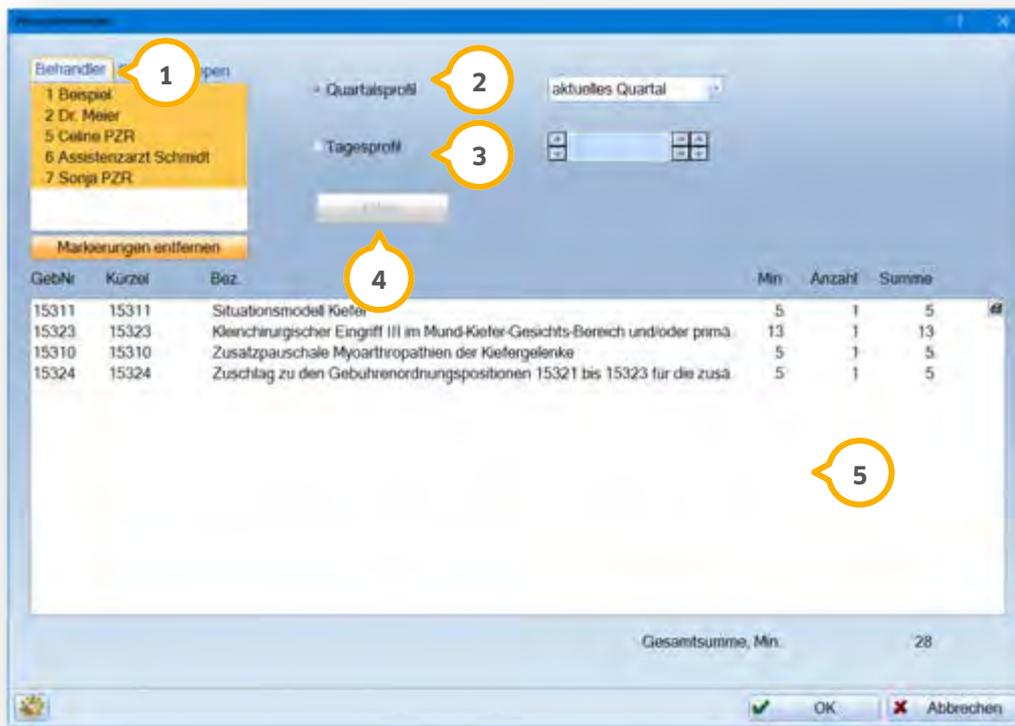
Bei der grafischen Darstellung ③ wählen Sie „Balkengrafik“ oder „Tortengrafik“ aus, indem Sie auf das zugehörige Auswahlfeld klicken.

Über >>Drucken<< ④ wird eine Liste der Statistik gedruckt. Über >>Grafik drucken<< ⑤ wird die Grafik in der von Ihnen gewählten Form gedruckt.

16.2. Plausibilitätsstatistik

In der Plausibilitätsstatistik wird ein Überblick über die bereits gearbeiteten/abgerechneten Minuten gegeben.

Zur Berechnung wird die Einstellung der einzelnen Leistungen im EBM über „Profil“ herangezogen.



Unter Voreinstellungen werden die für Ihre Praxis gültigen Minuten für das Tages- und Quartalsprofil eingetragen. Wählen Sie die entsprechenden Behandler ① aus. Wählen Sie das gewünschte Quartal ② aus. Legen Sie den Zeitraum ③ fest. Klicken Sie auf >>Filtern<< ④. Die Statistik wird unter ⑤ angezeigt.

Die Erklärungen für alle weiteren Statistiken entnehmen Sie bitte dem DS-Win-Plus Handbuch.

