

Dokumentation für die software für zahnärzte

der procedia GmbH – Onlinedokumentation

(Bei Abweichungen, die bspw. durch technischen Fortschritt entstehen können, ziehen Sie bitte immer das aktuelle Handbuch zu Rate, das Sie unter dem Menü „?“ mit dem Untermenü „Hilfe“ direkt aufrufen können)

- Inhaltsverzeichnis für die ersten drei Ebenen
- Grundbegriffe
- Beschreibung der Masken mit den Feldern und etwaigen Funktionen
- Tipps, Tricks (in „blau“ bzw. „kursiv“ herausgestellt und „->“)
- Warnhinweise (in „rot“ bzw. „fett“ herausgestellt und „(!!!)“)

1	Seite: Behandlung	3
1.1	Befundschema.....	3
1.1.1	Darstellung	3
1.1.2	Befund für bleibende Zähne.....	3
1.1.3	Zusatzbefunde.....	4
1.1.4	Milchzahnbefunde.....	4
1.1.5	Automatik für Milchzahnbefunde	4
1.1.6	Die dynamische Aktualisierung des Befundes	4
1.1.7	Funktion Maus	4
1.1.8	Funktion Tastatur	5
1.1.9	Bedienung	5
1.1.10	Mehrere Zähne markieren.....	5
1.2	Eingabebereich für Leistungen (erscheint nach Anklicken eines Zahnes im Zahnschema).....	5
1.2.1	Zahndarstellung (links neben dem Befundschema).....	6
1.2.2	Milchzahnbehandlung.....	6
1.2.3	Bema/GOZ	6
1.2.4	GOZ.....	7
1.3	Kons-Modelle aufrufen	7
1.3.1	Angewählte Leistungen	8
1.3.2	Besonderheit Material	8
1.3.3	(Gewählt)	8
1.3.4	Rech(nungsart)	8
1.3.5	(Leistungs)Anz(ahl)	9
1.3.6	Geb(ühren)n(umme)r.....	9
1.3.7	Punkte	9
1.3.8	Mat(erial)-Anz(ahl).....	9
1.3.9	Mat(erial).....	9
1.3.10	Fakt(or)	9
1.3.11	Begr(ündung)	9
1.3.12	V(ereinbarung).....	9
1.3.13	Bemerkungen.....	9
1.3.14	Begründung	9
1.3.15	Alle	10
1.3.16	Kons-Modelle > Liste ändern	10
1.3.17	Kons-Modelle > Neue Liste	16
1.4	Kons-Modelle – Prüfung auf Doppeleingaben	16
1.4.1	Achtung: Mehrfache Einträge vorhanden!	16
1.4.2	Anzeigen – Ja	16
1.4.3	Anzeigen – Nein	16

1 Seite: Behandlung

Diese Seite ist überwiegend für Anwender gedacht, die nicht mit der Zahngrafik arbeiten wollen. Sie können anhand eines rudimentären Schemas Befunde erkennen und Leistungen im System erfassen, in dem Sie alte Abrechnungslisten (Kons-Modelle) oder manuelle Eingabemöglichkeiten für die Leistungen nutzen.

(!!!) Wir empfehlen dringend, diese Ansicht nicht zu benutzen, wenn Sie die volle Funktionsvielfalt und Leistungsmöglichkeit Ihrer Software ausnutzen wollen.

1.1 Befundschema

(!!!) Das Befundschema und die Leistungseingabe auf dieser Seite der Behandlungskarte stammen aus einer älteren Programmversion. Sie ist nur noch vorhanden, um Einplatzpraxen, die das System zur reinen Quartalsabrechnung benutzen, die Möglichkeit zu geben, die von früher bekannte Arbeitsweise weiter zu nutzen.

Bitte: Benutzen Sie diese Seite möglichst nicht, sondern arbeiten Sie mit der Seite „Grafikstatus“ – Sie verzichten sonst auf zahlreiche wichtige Funktionen, die es nur bei der Leistungseingabe innerhalb des Grafikstatus gibt!

1.1.1 Darstellung

Beim Öffnen der Behandlungskarte sehen Sie das Befundschema mit dem letzten 01-Arbeitsbefund in klarer, von weitem lesbarer Darstellung. Des Weiteren wird Ihnen eine zusätzliche Maske dargestellt, welche die möglichen 01-Befunde und deren Erklärung enthält. Dies ist nur der Fall, wenn eine 01 abgerechnet werden könnte. Die aktive Eingabemarke liegt nun auf dem „f“. Es besteht in der Regel nur ein Befund, Ihr aktueller Arbeitsbefund. Dabei müssen die Eingaben auch in der Reihenfolge der Behandlung erfolgen. Dann ist eine richtige Verwaltung der Befunde gewährleistet. Die jeweiligen 01-Befunde werden gesondert gespeichert und sind in der Zahngrafik abrufbar, damit Sie noch einmal einen Blick darauf werfen können.

	f	i			c			wf		c									f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
	f		wf		c	wf	c			wf	k	f	c	kw	kw				

1.1.2 Befund für bleibende Zähne

In die beiden mittleren Reihen (zum Doppelstrich hin) werden die bleibenden Befunde eingetragen. Hier können Sie einfach Ihren Arbeitsbefund eintragen. Bei der Quartalsabrechnung werden die entsprechenden Befunde weggelassen oder umgewandelt (z.B. „e“ in „f“ oder „b“ in „f“ usw.). Das Programm erzeugt also den gültigen Befund für die Quartalsabrechnung selbst.

(!!!) Beim 01-Befund müssen die Zahnbefunde und die Ankreuzkästen für die Leistungen „zst“ und „mu“ vor der Eingabe der Nr. 01 vorhanden sein, da diese Angaben mit zur 01 gespeichert werden.

1.1.3 Zusatzbefunde

Die jeweils mittlere Reihe enthält Zusatzbefunde, die für die Quartalsabrechnung nicht gebraucht werden. Sie dienen der eigenen Dokumentation und werden mit zu jedem Befund gespeichert.

1.1.4 Milchzahnbefunde

Die obere und untere Reihe ist für Milchzahnbefunde vorgesehen. Dies erkennen Sie auch an den grauen Kästen ab Zahn 6, die nicht eingebbar sind. Bei der Grafik kann durch Klick auf die Zahnbezeichnung auf den jeweiligen Milchzahn umgestellt werden.

1.1.5 Automatik für Milchzahnbefunde

Wenn der Patient bei der Aufnahme in Ihre Software jünger als 16 Jahre war, wird automatisch der Milchzahnbefund statt des bleibenden Befundes angezeigt und gespeichert. Wir gehen davon aus, dass es dann einfacher ist, das Wechselgebiss mit Hilfe der Vorgabe der Milchzähne zu befunden.

1.1.6 Die dynamische Aktualisierung des Befundes

Wenn der 01-Befund steht und die Behandlungen begonnen werden, aktualisiert das System die Befunde automatisch. So wird bspw. das „c“ an einem Zahn entfernt, wenn dieser gefüllt wurde. Außerdem wird auch ein eventuell in der nächsten Zeile gesetzter Befund „c1“ (angehende Karies) gelöscht, sobald der Zahn mit einer Füllung behandelt wird. Gleichzeitig werden die befundeten Füllungsflächen, die in der Zahngrafik rot erscheinen und auf dem Zahn bei der Leistungseingabe angezeigt werden, in blau umgewandelt, um zu signalisieren, dass die Behandlung durch Sie erfolgte. Damit entwickelt sich Ihr Zahnschema automatisch weiter fort. Sie behalten den Überblick, was noch zu behandeln ist, und was Sie schon fertig gestellt haben.

1.1.7 Funktion Maus

Die „Befundpalette“ ist per Maus zu bedienen. Die in den 01-Befund zu übernehmenden Befundkürzel werden 1x angeklickt und dadurch ausgewählt und durch Anklicken des jeweiligen Befundfeldes des Zahns in den 01-Befund übernommen.

Das Fenster wird beim Öffnen der Behandlungskarte standardmäßig angezeigt, wenn die 01, die 001, die Ä6, die FU, die 107 oder die Ä1 fällig, d.h. in der Behandlungskarte rot gefärbt sind. Nach der Eingabe des 01-Befundes sollte die „Befundpalette“ ausgeschaltet werden, um Ihnen die Darstellung aller Leistungen der Behandlungskarte frei zu geben. Ein- und Ausschalten kann man die Darstellung der „Befundpalette“ über das Maussymbol im unteren Fensterbereich bzw. über die Tastenkombination „ctrl“ + „M“.

1.1.8 Funktion Tastatur

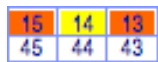
Alternativ kann der Befund auch per Tastatur eingegeben werden. Klicken Sie dazu auf die Tastatur am unteren Rand des Fensters. Die darauf erscheinende Grafik zeigt Ihnen an, welche Tasten sie für welche Befunde drücken sollten. Im Befundschema springt die Eingabe automatisch immer einen Zahn weiter, so dass die komplette Befundaufnahme auch per Tastatur erfolgen kann. Zähne ohne Befund überspringen Sie einfach mit der Leertaste. Die Maus kann benutzt werden, um schnell an bestimmte Stellen springen zu können und dann mit der Tastatur weiter zu arbeiten.

Ein- und Ausschalten kann man die Darstellung der „Tastaturmöglichkeiten“ über das Tastatursymbol im unteren Fensterbereich bzw. über die Tastenkombination „ctrl“ + „T“.



1.1.9 Bedienung

1.1.10 Mehrere Zähne markieren

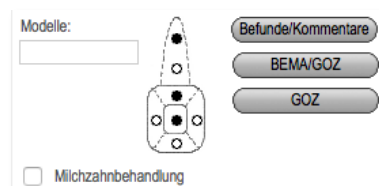


Oft besteht der Bedarf, mehrere Zähne zu aktivieren, um bspw. Leistungseingaben zeitsparend vornehmen zu können. Die Zähne, die markiert werden sollen, können durch zweimaliges Anklicken aktiviert werden. Visuell wird Ihnen das folgenderweise dargestellt:

Wird ein Zahn einmal angeklickt, wird dieser gelb markiert. Wird der Zahn ein zweites Mal angeklickt, wird dieser rot markiert und die Markierung bleibt erhalten, bis der Zahn ein weiteres Mal angeklickt wird oder alle Markierungen über den in der Mitte befindlichen Radiergummi gelöscht werden. Mit dieser Mehrfachzahnangabe können Leistungen für alle markierten Zähne aus den Kons-Modellen übernommen oder die Zahnangaben für die einzelnen manuell eingegebenen Leistungen durch die Eingabe von „@“ im Zahnfeld der Bearbeitungszeile übernommen werden. Beim Wechsel in das große Zahnschema, die Zahngrafik, bleibt immer der zuletzt markierte Zahn aktiv.

1.2 Eingabebereich für Leistungen (erscheint nach Anklicken eines Zahnes im Zahnschema)

Klicken Sie auf die Zahnbezeichnung des Zahnes im Zahnschema, den Sie behandeln wollen.



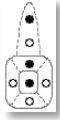
Es erscheint nun das Leistungseingabeschema. Im linken oberen Bereich sehen Sie eine Funktionsgruppe, die im Wesentlichen durch eine Grafik eines



einzelnen Zahnes bestimmt ist. Dies ist der Bereich der Leistungseingabe per Maus. Er funktioniert in Kombination mit dem Zahnschema links daneben, wo die zu behandelnden Zähne angewählt werden und die Befunde eine Steuerung der Behandlung ermöglichen.

1.2.1

Zahndarstellung (links neben dem Befundschema)

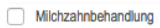


Wenn Sie auf dem Zahnschema einen Zahn anklicken (die oberste und unterste Reihe mit der Zahnbezeichnung), wechselt die Zahngrafik auf das jeweilige Symbol des betreffenden Zahnes. Wenn Sie in der Übersichtszahngrafik Markierungen in rot angebracht haben, werden diese dann auch an der entsprechenden Stelle im Zahn angezeigt. Sollte aufgrund des Befundes keine Behandlung mehr möglich sein, wird der Zahn grau dargestellt, und es sind keine Leistungen mehr durch Anklicken der Punkte auszulösen. Natürlich können noch mit der gewählten Zahnbezeichnung Modelle für Nachbehandlungen u.a. angewählt und auch übernommen werden. Wenn Sie nun eine bestimmte Behandlung vorgewählt haben (beispw. F3), dann erscheinen die Punkte in den Flächen, und das Programm löst eine entsprechende Gebührenliste nach Befehl aus, die dann mögliche Abrechnungspositionen zu der Behandlung in einer Auswahlliste zeigt.

(!!!) Die Modelle, aus denen Sie Leistungen über diesen Punkt auswählen sind nicht kompatibel zu den neuen Modellen – Sie werden nicht mehr alle Leistungen zur Verfügung haben und haben auch weit aus weniger Möglichkeiten, die Auswahl vorher so zu bestimmen, dass die richtigen Vorschläge genau passend kommen. Sie verschenken viele Möglichkeiten und viel Arbeitszeit gegen über der neuen Zahngrafik mit ihren Möglichkeiten.

1.2.2

Milchzahnbehandlung

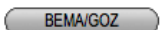


Sollten Sie einen Milchzahn behandeln, machen Sie bitte ein Kreuz in diesem Feld. Die Notation des Zahnes wird entsprechend geändert, Befunde werden in der Milchzahnzeile aktualisiert. Wenn Sie Milchzähne ohne Befund haben, wählen Sie bitte den Befund "Milchzahn statt bleibender" auf dem bleibenden Zahn an. Damit wird für die Quartalsabrechnung die entsprechende Darstellung ausgelöst.

(!!!) Die Modelle, aus denen Sie Leistungen über diesen Punkt auswählen sind nicht kompatibel zu den neuen Modellen – Sie werden nicht mehr alle Leistungen zur Verfügung haben und haben auch weit aus weniger Möglichkeiten, die Auswahl vorher so zu bestimmen, dass die richtigen Vorschläge genau passend kommen. Sie verschenken viele Möglichkeiten und viel Arbeitszeit gegen über der neuen Zahngrafik mit ihren Möglichkeiten.

1.2.3

Bema/GOZ



Nach den Markierungen im Zahn oder auch für allgemeine Eingaben können Sie entscheiden, ob die Leistungen über BEMA oder GOZ abgerechnet werden sollen.

Sobald Sie den Knopf drücken, erhalten Sie entweder eine Auswahl von Behandlungsmethoden (wenn Sie mehrere Methoden zu einer Markierung abge-

speichert haben), aus der Sie die gewünschte wählen, oder direkt die Liste der zu der Behandlung angezeigten Leistungen.

(!!!) Die Modelle, aus denen Sie Leistungen über diesen Punkt auswählen sind nicht kompatibel zu den neuen Modellen – Sie werden nicht mehr alle Leistungen zur Verfügung haben und haben auch weit aus weniger Möglichkeiten, die Auswahl vorher so zu bestimmen, dass die richtigen Vorschläge genau passend kommen. Sie verschenken viele Möglichkeiten und viel Arbeitszeit gegen über der neuen Zahngrafik mit ihren Möglichkeiten.

1.2.4

GOZ

GOZ

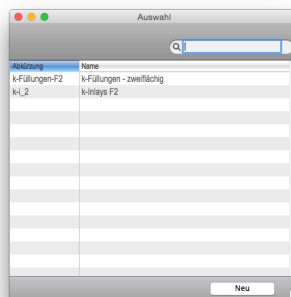
Bei Privatpatienten ist natürlich GOZ immer eingestellt. Sobald Sie den Knopf drücken, erhalten Sie entweder eine Auswahl von Behandlungsmethoden (wenn Sie mehrere Methoden zu einer Markierung abgespeichert haben), aus der Sie die gewünschte wählen, oder direkt die Liste der zu der Behandlung angezeigten Leistungen.

(!!!) Die Modelle, aus denen Sie Leistungen über diesen Punkt auswählen sind nicht kompatibel zu den neuen Modellen – Sie werden nicht mehr alle Leistungen zur Verfügung haben und haben auch weit aus weniger Möglichkeiten, die Auswahl vorher so zu bestimmen, dass die richtigen Vorschläge genau passend kommen. Sie verschenken viele Möglichkeiten und viel Arbeitszeit gegen über der neuen Zahngrafik mit ihren Möglichkeiten.

1.3

Kons-Modelle aufrufen

Nachdem Sie die obigen Einstellungen getroffen oder kontrolliert haben, gelangen Sie nach Drücken eines der Abrechnungsknöpfe in den Modellauswahlbereich, der Ihnen leistungsspezifische Auswahllisten zur Verfügung stellt.



Wählen Sie die gewünschte Auswahlliste an und bestätigen Sie durch Klick. Das hinterlegte Auswahlmodell wird Ihnen oben als Überschrift angezeigt.

1.3.1

Angewählte Leistungen

Rech	Anz	GebNr	Punkte	MAnz	Mat	MFak	Begr	V	Bemerkung	Begründungen
J *	1	vipr	6	0		1		0	(positiv)	
J *	1	vipr	6	0		1		0	(negativ)	
J *	1	i	8	0		1		0		
J *	1	i1	12	0		1		0		0 Mehrschichtiger lichthärtender Aufbau
J *	1	cp	6	0		1		0	(Kerr Life)	
J *	1	cp	6	0		1		0	(Kerr Life) andere Kavität	
J *	1	p	6	0		1		0	(Kerr Life)	
J *	1	p	6	0		1		0	(Kerr Life) andere Kavität	0 Wegen weit apical verlaufender Präparationsgrenze
J *	1	Exz1	10	0		1		0		
J *	1	bmf	10	0		1		0	(Papillenblutung)	
J *	1	bmf	10	0		1		0	(separieren)	Erhöhter Zeitaufwand wegen besonders ausgedehnter Präparation auch subgingival
J *	1	bmf	10	0		1		0	(Kofferdam)	
J pv	1	f2	556	0		2.3		0	(adhäsive Füllung)	Erhöhter Zeitaufwand wegen adhäsiver Mehrschichttechnik bei Kunststofffüllungen (total etch- total Bond Adhäsivtechnik) mit Dentinklebung
J *	1	f2	39	0		1		0	(Amalgam)	Erhöhter Zeitaufwand - wegen erschwertem anatomischen Zugang
J *	1	f2	39	0		1		0	(Kunststoff)	
J *	1	f2	39	0		1		0	(Ketac)	
J *	1	f2	39	0		1		0	bm: 5 (Aufbaufl.)	
J *	1	f2	39	0		1		0	(Flächengleichheit)	Erhöhter Zeitaufwand wegen schwierigem Trockenlegen des Zahnes

Klicken sie die erbrachten Leistungen mit der Maus an irgendeinem Punkt in der Zeile an. Sie haben zur Kontrolle einen * als erstes Zeichen in der Zeile. Die Gebührennummer wird nun kombiniert mit den Einstellungen, die sie vorher getroffen haben, in die Karte übernommen (Dies geschieht erst nach Verlassen dieser Maske und betrifft dann alle gewählten Zeilen).

1.3.2

Besonderheit Material

Sie können sich freischalten lassen, dass im Bereich der GOZ-Abrechnung die Anzahl für das Material gleich der Anzahl der Leistungen gesetzt wird. Sie können dazu die Hotline anrufen.

1.3.3

(Gewählt)

Hier erscheint ein „J“ wenn die Zeile zur Übernahme in die Behandlungskarte angewählt wurde. Bei nochmaligem Klicken geht es wieder aus.

1.3.4

Rech(nungsart)

Mit dieser Spalte erkennen Sie die Steuerung für die Rechnungslegung Ihrer Leistungen. Bei rein privaten Modellen steht das „*“ für GOZ Abrechnung. Bei GKV- Modellen steht es für die Quartalsabrechnung. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, Teilleistungen über „p“ auf GOZ – Rechnungen zu splitten und über „pv“ eine GOZ – Rechnung zu erzeugen, bei der der Kassenanteil des Honorars für die äquivalente Bema – Position in Abzug gebracht wird. Dies ist insbesondere bei aufwendigen Füllungstherapien oft notwendig, weil die GKV – Honorierung den Behandlungsaufwand nicht decken kann. Mit dieser Abrechnungsart ist auch eine spezielle Vereinbarung mit dem Patienten automatisch verbunden. Weiterhin sind folgende Kürzel mit entsprechenden Abrechnungswegen möglich:

„b“ für Bemarechnungen, „k“ für KFO-Rechnungen mit laufendem Antrag, „km“ für KFO-Rechnungen ohne Antrag, „elb“ für die Abrechnung von Labor-materialpositionen auf einer GOZ-Rechnung, „z“ für Labormaterialpositionen für die HKP-Abrechnung, „zzn“ für nachträgliche Leistungen für den Regel-

versorgungsbereich, „zpn“ für nachträgliche Leistungen für den Privatversorgungsbereich, „ztpn“ für nachträgliche Leistungen im Bereich der Therapieplanung und „#“ für Leistungen aus dem Bereich der ärztlichen Abrechnung.

1.3.5 (Leistungs)Anz(ahl)

Dort wird die Leistungsanzahl angezeigt, die fast immer “1” ist.

1.3.6 Geb(ühren)n(umme)r

Die Gebührennummer (meist als BEMA-Kürzel) wird angezeigt.

1.3.7 Punkte

Hier sehen Sie die Punktzahl, mit der die Leistung in der Gebührenordnung bewertet wird. Es ermöglicht entsprechende Rückschlüsse auf den Preis.

1.3.8 Mat(erial)-Anz(ahl)

Gibt den Multiplikator für das Material vor. Das kann eine Ganzzahl sein, wenn bspw. ein Material mit einer Pauschale x mal benötigt wurde, oder es kann eine Angabe für eine benutzte Menge sein – mit bis zu 15 Nachkommastellen.

1.3.9 Mat(erial)

Hier wird das Kürzel gezeigt, unter dem ein Material in Ihrer Materialliste gespeichert ist. Dieses wird der Gebühr zugeordnet und dann jeweils zum Zeitpunkt der Benutzung mit dem aktuellen Preis berechnet.

1.3.10 Fakt(or)

Gibt den Steigerungsfaktor für die Gebührenposition an – bitte verwechseln Sie das Feld nicht mit der Anzahl!

1.3.11 Begr(ündung)

Hier wird das Kürzel gezeigt, unter dem eine Begründung in Ihrer Begründungsliste gespeichert ist. Individuelle Begründungen sind in der Behandlungskarte zu der jeweiligen Position eingebbar. (Sie werden nicht in Modellen gespeichert – das wäre ja auch ein Widerspruch zur Individualität)

1.3.12 V(ereinbarung)

Hier sehen Sie die Kennziffer, die angibt, welche besondere Vereinbarung zur Abrechnung mit dem Patienten angelegt werden wird. Die näheren Bedeutungen können Sie im Kapitel für den Knopf „§§“ nachlesen.

1.3.13 Bemerkungen

Die Bemerkungen erleichtern die sorgfältige Dokumentation Ihrer Behandlungen. Sie können hier Erläuterungstexte hinterlegen und auch Gebühren mehrfach in den Modellen mit unterschiedlichen Erläuterungen erfassen – das macht die Auswahl noch schneller und präziser.

1.3.14 Begründung

Gibt eine Auswahl von Begründungen an, wenn eine einzelne Position ausgewählt wurde. Die Begründungen sind für die Quartalsabrechnung vorgesehen

– bitte verwechseln Sie den Eintrag nicht mit der Begründung für GOZ – Positionen.

1.3.15

Alle

Der Knopf “Alle” ist bei Kassenpatienten nicht aktivierbar. Er wählt automatisch alle Leistungen an. Dies macht nur bei Modellen Sinn, die eine spezielle Behandlungsmethode enthalten und keine Alternativpositionen. Selbstverständlich können sie auch alle anwählen und dann einige durch Anklicken wieder ausschalten - wenn dies der schnellere Weg bei ihren Modellen ist.

1.3.16

Kons-Modelle > Liste ändern

Durch die Rollbalken können die Listen beliebig nach oben und unten erweitert werden. Sollten die Listen nicht Ihrem Behandlungsstand entsprechen, können Sie den Knopf “Liste ändern” anwählen, um Modifikationen anzubringen. Im darauf folgenden Fenster sind die Leistungen aufgelistet, die zu der Auswahl gehören.

1.3.16.1

Einfügen

Wenn Sie den Bereich der Gebührenanzeige gewählt haben, können sie durch die “+”-Taste neue Einträge erzeugen, die dann nach Belieben in die Liste einsortiert werden können. Der Knopf bewirkt, dass eine neue Position über der gerade aktivierten eingefügt wird.

1.3.16.2

Sortieren > Nach oben und unten

Es erscheint ein neues Fenster, in dem sich zwei Sortiersymbole befinden. Klicken Sie eine Leistung an, und verschieben Sie sie mit den entsprechenden Knöpfen nach oben oder nach unten. Benutzen Sie „zurück“ um auf die Eingabemaske vorher zurückzukommen.

1.3.16.3

Vereinbarungen

Über die Vereinbarungen haben Sie die Möglichkeit, zu jeder einzelnen GOZ-Leistung eine Vereinbarung einzutragen. Es werden Ihnen unter dem Button „Vereinbarungen“ vier verschiedene Vereinbarungen zur Verfügung gestellt, welche durch Anklicken zur aktiven Leistung gespeichert werden.

→ *Welche Inhalte die einzelnen Vereinbarungen haben, wird Ihnen beim Klicken auf das kleine Fragezeichen hinter der Bezeichnung der Vereinbarung gezeigt.*

1.3.16.3.1

Paragraph 2 Absatz 1/2

Paragraph 2 Absatz 1/2 ist eine Vereinbarung über die Höhe der Vergütung. Diese Vereinbarung wird üblicherweise bei Leistungen mit Steigerungsfaktoren > 3,5 eingesetzt. Wird zu einer Leistung ein Steigerungsfaktor > 3,5 eingegeben, wird diese Vereinbarung automatisch zur Leistung angesetzt.

→ *Die Vereinbarungen nach §2 Abs. 1/2 erzeugt einen getrennt Ausdruck, der von der Form her an den gesetzlichen Formularen orientiert ist. Wenn Sie möchten, können Sie sich eine Freischaltung vornehmen lassen, bei der der Ausdruck als Schwerpunkt den Diffe-*

renzbetrag herausstellt und nicht den Gesamtbetrag aller Leistungen listet. Rufen Sie dazu einfach unsere Hotline an.

1.3.16.3.2

Paragraph 2 Absatz 3

Paragraph 2 Absatz 3 ist eine Vereinbarung über Verlangensleistungen und deren Vergütung.

→ *Die Vereinbarungen nach §2 Abs. 1/2 und §2 Abs. 3 können nicht parallel verwendet werden. Wird eine Verlangensleistung mit einem Faktor > 3,5 berechnet, ist die Vergütung dieser Leistung bereits in der Vereinbarung §2 Abs. 3 geregelt.*

1.3.16.3.3

Privatvereinbarung

Privatvereinbarung ist die Vereinbarung einer Privatbehandlung eines Kassenpatienten gemäß § 4 Abs. 5b BMV-Z bzw. § 8 Abs. 3 KZBV VdAK/AEV-Vertrag. Diese Vereinbarung wird dann eingesetzt, wenn eine Behandlung bei einem Kassenpatienten auf dessen Wunsch komplett privat durchgeführt wird. Das Programm unterscheidet dabei selbständig, welche Vereinbarung (nach Bundesmantel- oder Ersatzkassenvertrag) bei dem Patienten angesetzt werden muss.

1.3.16.3.4

Laborvereinbarung

Laborvereinbarung vereinbart zusätzliche Laborkosten zahntechnischer Leistungen nach BEB.

1.3.16.4

Löschen

Löscht den vorher in der Liste aktivierten Eintrag.

1.3.16.5

Rech(nungsart)

Mit diesem Feld steuern Sie die Abrechnung bezüglich der Kostenträger. Es kann entschieden werden, ob Leistungen privat, über die Quartalsabrechnung oder bspw. die ZE-Abrechnung gesteuert werden sollen.

Dabei bedeuten die einzelnen Kürzel:

- „*“ Kassenleistungen, die über die Quartalsabrechnung abgerechnet werden bzw. beim Privatpatienten reguläre Leistungen, die noch nicht berechnet worden sind.
- „p“ Damit werden Privatleistungen beim Kassenpatienten eingetragen, die anschließend über eine GOZ-Rechnung liquidiert werden können.
- „pv“ Hiermit werden Privatverrechnungsleistungen (bspw. Mehrkostenfüllungen etc.) eingetragen. Das bedeutet, es werden GOZ-Gebühren eingetragen, bei welcher die Bema-Gebührenziffer abgezogen wird bspw. bei Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich...
- „b“ Mit „b“ werden Bema-Leistungen eingetragen, die nicht über die Quartalsabrechnung sondern über eine Bema-Rechnung abgerechnet werden bspw. Unfallleistungen.
- „hkfg“ **h**onorar**k**osten**f**rei gesetzlich - Damit werden KFO-Leistungen eingetragen. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („hkfg157“). Bei manuell einge-

- gebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („hkfg“).
- „hpag“ **h**onorar**p**ar**g**esetzlich - Damit werden PAR-Leistungen eingetragen. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („hpag157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („hpag“).
- „hkbq“ **h**onorar**k**iefer**b**ru**ch****g**esetzlich - Damit werden Kieferbruch-Leistungen eingetragen. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („hkbq157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („hkbq“).
- „lzep“ **l**aborleistungen/materialien**z**ep**r**ivat - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über eine GOZ (PKV – private Therapie) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lzep157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lzep“).
- „lzeg“ **l**aborleistungen/materialien**z**eg**e**tzlich - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über einen ZE-Plan (GKV) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lzeg157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lzeg“).
- „lkfp“ **l**aborleistungen/materialien**k**fp**r**ivat - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über eine GOZ (PKV – private Therapie) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lkfp157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lkfp“).
- „lkfg“ **l**aborleistungen/materialien**k**fg**e**tzlich - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über einen KFO-Plan (GKV) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lkfg157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lkfg“).
- „lpap“ **l**aborleistungen/materialien**p**ap**r**ivat - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über eine GOZ (PKV – private Therapie) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lpap157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („pap“).
- „lpag“ **l**aborleistungen/materialien**p**ag**e**tzlich - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über einen PAR-Plan (GKV) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lpag157“). Bei ma-

nuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lpag“).

„lkbp“ **l**aborleistungen/materialien**k**iefer**b**ru**ch****p**rivat - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über eine GOZ (PKV – private Therapie) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lkbp157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lkbp“).

„lkgb“ **l**aborleistungen/materialien**k**iefer**b**ru**ch****g**esetzlich - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über einen Kieferbruch-Plan (GKV) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lkgb157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lkgb“).

„lkcp“ **l**aborleistungen/materialien**k**onservierend**ch**irurgisch**p**rivat - Damit werden Eigenlabor-Leistungen eingetragen, die über eine GOZ (PKV – private Therapie) abgerechnet werden. Sofern Sie Leistungen aus dem Plan abbuchen, wird die Nummer des Planes, aus dem abgebucht wird, hinten angehängt („lkcp157“). Bei manuell eingegebenen Leistungen (ohne Abbuchung aus einem Plan) wird keine Nummer angezeigt – es bleibt bei dem Kürzel („lkcp“).

(!!!) Hiermit werden Laborleistungen und Materialien aus dem Eigenlabor eingetragen, die über die GOZ-Rechnung mit abgerechnet werden sollen. Verbrauchsmaterial (bspw. die Medikamente für die „i“) werden mit über das Honorarkürzel abgerechnet. Zur eingetragenen privaten Gebühr kann in der Spalte „Mat.“(erial) das Kürzel für das verwendete Verbrauchsmaterial mit eingegeben werden.

„lkcg“ **l**aborleistungen/materialien**k**onservierend**ch**irurgisch**g**esetzlich –
(!!!) Dieses Kürzel ist bislang noch reserviert. Derzeit gibt es noch keinen Grund, es für die Abrechnung über die Quartalsabrechnung einzusetzen.

„zzn“ Bei Verwendung des Abbuchungssystems für ZE-HKP's wählen Sie bitte diese Leistungskennzeichnung, wenn Sie nachträgliche Leistungen für den Bereich „R“ des HKP eingeben wollen, die bei der Planung noch nicht vorhersehbar waren und während der Behandlung notwendig geworden sind.

	48	47	46	45	44	43	42	41
B	f			f	f			
R			K	B	BV	KV		
TP			KM	BM	BM	KM		
P		IF3						

Diese Positionen werden bei der Abrechnung von HKP's automatisch mit übernommen. Sie können die Berücksichtigung später in der Abrechnungsmaske auch noch rückgängig machen.

„ztpn“ Bei Verwendung des Abbuchungssystems für ZE-HKP's wählen Sie bitte diese Leistungskennzeichnung, wenn Sie nachträgliche Leistungen für den

Bereich „TP“ des HKP eingeben wollen, die bei der Planung noch nicht vorhersehbar waren und während der Behandlung notwendig geworden sind.

	48	47	46	45	44	43	42	41
B	f			f	f			
R			K	B	BV	KV		
TP			KM	BM	BM	KM		
P		IF3						

Diese Positionen werden bei der Abrechnung von HKP's automatisch mit übernommen. Sie können die Berücksichtigung später in der Abrechnungsmaske auch noch rückgängig machen.

„zpn“ Bei Verwendung des Abbuchungssystems für ZE-HKP's wählen Sie bitte diese Leistungskennzeichnung, wenn Sie nachträgliche Leistungen für den Bereich „P“ des HKP eingeben wollen, die bei der Planung noch nicht vorhersehbar waren und während der Behandlung notwendig geworden sind.

	48	47	46	45	44	43	42	41
B	f			f	f			
R			K	B	BV	KV		
TP			KM	BM	BM	KM		
P		IF3						

Diese Positionen werden bei der Abrechnung von HKP's automatisch mit übernommen. Sie können die Berücksichtigung später in der Abrechnungsmaske auch noch rückgängig machen.

„#“ Über das Lattenkreuz werden alle EBM-Leistungen eingetragen. Das bedeutet, dass alle ärztlichen Leistungen von bspw. Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgen mit eigener Arztzulassung über „#“ eingetragen werden.

„>“ Mit diesen Zeichen können Sie veranlassen, dass Sie bei der Gebührenposition Begriffe eingeben können, die automatisch vom Programm ausgewertet werden. Im wesentlichen ist es für die automatische Dokumentation des Arztbriefes gedacht. So kann bspw. ein bestimmter Bereich innerhalb ihrer Behandlungskarte dazu bestimmt sein, bei dem nächsten Arztbrief die automatische Dokumentation zu steuern. Dazu beginnen sie diesem Bereich mit dem Schlüsselwort „Dokubeginn“, das Sie eingeben können, wenn Sie vorne „>“ bei „Rech“ ansteuern. Die danach folgenden Positionen würden automatisch auf dem Brief dokumentiert. Erst wenn das System das Schlüsselwort „Dokuede“ findet, wird der Dokumentationsbereich abgeschlossen.

1.3.16.6 Geb(ühren)N(umme)r

Hier kann die gültige Gebührennummer eingegeben werden. Wenn Sie gerne mit den Bema-Kürzeln arbeiten, können Sie diese eingeben, indem Sie zuerst eine Leertaste und dann das Kürzel tippen. Das Programm „sieht“ dann, dass Sie ein Kürzel eingegeben haben und merkt sich die dazugehörige Nummer automatisch im Hintergrund. Sie sehen also weiterhin die Kürzel, die bei der QA und bei Rechnungen in die entsprechenden Nummern umgewandelt werden. Da es sich um ein blau hinterlegtes Feld handelt, können Sie auch mit der „@“-Taste Gebührenlisten abfordern. Wenn Sie einen Teil der Nummer

nicht wissen, können Sie auch “13” und “@” eingeben, damit Ihnen alle Gebühren gelistet werden, die mit “13” beginnen. Die Listen werden durch die Steuerung in “Rech” beeinflusst. So sehen Sie immer die dazugehörigen Nummern, wie bspw. BEMA, GOZ, KFO usw.

1.3.16.7 **L(age) & Z(ahnangabe)**

Achten Sie bei der Eingabe darauf, dass das Feld “LZ” für die Steuerung des Eintrags zuständig ist. “z” bringt den angewählten Zahn in der Behandlungskarte, “l” die eventuell angewählte Lage. Werden die Zeichen nicht gesetzt, erfolgt auch kein Eintrag in der Karte.

1.3.16.8 **Anz(ahl)**

Dieses Feld steht meist auf “1”. Alle anderen Einträge sind nur im Ausnahmefall für bestimmte Fälle sinnvoll.

1.3.16.9 **Bemerkung**

Die hier eingetragene Bemerkung wird in die Behandlungskarte übernommen. Denken Sie daran, interne Bemerkungen in Klammern zu fassen, wenn sie nicht auf die Abrechnung sollen.

1.3.16.10 **Fakt(or)**

Steht im BEMA auf “1” und in der GOZ auf dem gewünschten eingestellten Faktor für diese Behandlungsalternative. Sie können auch für verschiedene Fälle Einträge mit verschiedenen Faktoren und passenden Begründungen erzeugen.

1.3.16.11 **Begr(ündung)**

Wenn eine Schwellenwertüberschreitung stattfindet, sollten Sie sofort die passende Begründung eingeben. Da das Feld blau hinterlegt ist, können Sie wieder aus der Liste mit “@” wählen.

1.3.16.12 **V(ereinbarung)**

Hier steht die Kennziffer, die automatisch gesetzt wird, wenn man den Knopf „Vereinbarungen“ zu einer Position anwählt.

1.3.16.13 **Mat(erial)**

Sie können direkt zur Gebührennummer auch ein Verbrauchsmaterial angeben. Das wird dann sofort auch abgerechnet. Geben Sie zum Material, das wieder als Liste gezeigt werden kann, auch den gewünschten Faktor im Feld daneben ein.

1.3.16.14 **M(aterial)Faktor**

Gibt den Multiplikator für das Material vor. Das kann eine Ganzzahl sein, wenn bspw. ein Material mit einer Pauschale x mal benötigt wurde, oder es kann eine Angabe für eine benutzte Menge sein – mit bis zu 15 Nachkommastellen.

1.3.16.15

Zeit

Geben Sie die Dauer in Minuten ein, wenn gewünscht. Bei der Verwendung in den Modellen kann es sich nur um eine Zeitvorgabe handeln, die in der Behandlungskarte dann korrigiert werden muss. Die Werte können zur automatischen Bestimmung der Faktorhöhe für ein bestimmtes Honorar herangezogen werden.

1.3.17

Kons-Modelle > Neue Liste

Hier können Sie neue Listen anlegen und haben somit alternative Behandlungen zur Verfügung. Überlegen Sie sich vorher ein Konzept, das Ihre Wünsche strukturiert. Ihre Arbeit wird danach wesentlich angenehmer.

1.4

Kons-Modelle – Prüfung auf Doppeleingaben

Jedes mal, wenn Sie aus den Konsmodellen Leistungen anwählen, prüft das System beim Einsetzen in die Behandlungskarte, ob die Leistungen schon einmal erfasst worden sind. Das verhindert versehentliches doppeltes Einbuchten in die Behandlungskarte. Es kommt eine entsprechende Warnmeldung, die Sie auf mögliche Fehler aufmerksam macht.

1.4.1

Achtung: Mehrfache Einträge vorhanden!

Diese Meldung zeigt Ihnen, dass Sie möglicherweise Doppeleingaben im System hinterlegt haben. Das ist sehr wahrscheinlich, weil die Meldung nur kommt, wenn Datum, Gebühren, Zahnfelder und andere doppelt gefunden werden.

1.4.2

Anzeigen – Ja

Zeigt Ihnen die doppelten Einträge an – Sie können diese dann bearbeiten oder löschen.

1.4.3

Anzeigen – Nein

Das Fenster verschwindet und die Eingabe wird normal fortgeführt. Eine erneute Warnung gibt es nicht.

(!!!) Bitte beachten Sie, dass bestimmte Warnungen nur zum Zeitpunkt der Eingabe ausgegeben werden können. Nehmen Sie die Warnungen deshalb ernst und nehmen Sie die Korrekturen ggf. auch sofort vor, um Fehler in der Abrechnung zu vermeiden.