

# *MEDICAL* *OFFICE*

Abrechnung



Benutzerhandbuch

Die INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH behält sich das Recht vor, ohne vorherige Ankündigung an jeder der in dieser Dokumentation beschriebenen Software Änderungen und Verbesserungen vorzunehmen.

Die INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH ist unter keinen Umständen verantwortlich für den Verlust von Daten und Informationen oder für jedwede besonderen, beiläufigen, mittelbaren oder unmittelbaren Schäden, wie immer diese auch zustande gekommen sind.

Der Inhalt dieses Dokuments wird so präsentiert, wie er aktuell vorliegt. Die INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH übernimmt weder ausdrücklich noch stillschweigend irgendeine Gewährleistung für die Richtigkeit oder Vollständigkeit des Inhalts dieses Dokuments, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die stillschweigende Garantie der Markttauglichkeit und der Eignung für einen bestimmten Zweck, es sei denn, anwendbare Gesetze oder Rechtsprechung schreiben zwingend eine Haftung vor. Die INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH behält sich das Recht vor, jederzeit ohne vorherige Ankündigung Änderungen an diesem Dokument vorzunehmen oder das Dokument zurückzuziehen.

Bei der Zusammenstellung von Texten und Abbildungen wurde mit größter Sorgfalt gearbeitet. Trotzdem können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die angegebenen Daten dienen lediglich der Produktbeschreibung und sind nicht als zugesicherte Eigenschaft im Rechtssinne zu verstehen. Herausgeber und Autoren können für fehlerhafte Angaben und deren Folgen weder juristische Verantwortlichkeit noch irgendeine Haftung übernehmen.

#### **Bestimmungsgemäße Verwendung, Zweckbestimmung**

Die Softwarelösung MEDICAL OFFICE ist für den Einsatz zur medizinischen Dokumentation (Erfassung, Bearbeitung, Speicherung und Bereitstellung von Informationen und Daten zu Patienten und Leistungserbringern) und Abrechnung von medizinischen Behandlungsfällen in Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen konzipiert.

#### **Copyright**

Copyright © INDAMED GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

Kein Teil dieses Handbuchs darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder die Speicherung und/oder Verbreitung in elektronischer Form) ohne schriftliche Genehmigung der INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH reproduziert oder vervielfältigt werden.

#### **Warenzeichen**

Alle in diesem Handbuch zusätzlich verwendeten Programmnamen und Bezeichnungen sind unter Umständen ebenfalls eingetragene Warenzeichen der Herstellerfirmen und dürfen nicht gewerblich oder in sonstiger Weise verwendet werden. Irrtümer vorbehalten.

# INHALTSVERZEICHNIS

R9072

<b>ÜBER DIESES BENUTZERHANDBUCH</b>	<b>1-1</b>
Verwendung dieses Benutzerhandbuchs .....	1-1
Weitere Informationsquellen .....	1-1
<b>DAS HAUPTFENSTER</b>	<b>2-1</b>
Smarticonleiste .....	2-3
Funktionsgruppenbereich .....	2-3
Arbeitsbereich .....	2-3
<b>MENÜ PROGRAMM</b>	<b>3-1</b>
Abmelden .....	3-1
Beenden .....	3-1
<b>KV-ABRECHNUNG</b>	<b>4-1</b>
Abrechnung .....	4-1
Mahnwesen .....	4-7
Archiv .....	4-9
<b>RECHNUNGSWESEN</b>	<b>5-1</b>
Rechnungen .....	5-1
Offene Posten .....	5-8
Archiv .....	5-13
Kassenabschluss .....	5-16
Buchhaltungsübergabe .....	5-18
<b>DALE-UV</b>	<b>6-1</b>
Prüflauf .....	6-1
Abrechnung .....	6-4
Archiv .....	6-7
<b>§301 (§115b, §116b, §120)</b>	<b>7-1</b>
Prüflauf .....	7-1
Abrechnung .....	7-4
Archiv .....	7-7
<b>DMP</b>	<b>8-1</b>

Fällige Dokumentationen .....	8-1
Prüflauf.....	8-2
Abrechnung.....	8-6
Archiv.....	8-8
<b>KASSENABRECHNUNG (§302)</b>	<b>9-1</b>
Prüflauf.....	9-1
Abrechnung.....	9-4
Archiv.....	9-7
<b>SV-ABRECHNUNG</b>	<b>10-1</b>
Abrechnung.....	10-1
Archiv.....	10-2
Einschreibungen .....	10-2
Patiententeilnahmeverzeichnis .....	10-3
Verordnungsdaten (rückwirkend).....	10-3
<b>S3C-ABRECHNUNG</b>	<b>11-1</b>
Abrechnung.....	11-1
Einschreibungen .....	11-2
<b>IV-ABRECHNUNG</b>	<b>12-1</b>
Abrechnung.....	12-1
Mahnwesen .....	12-2
Einschreibungen .....	12-2
Archiv.....	12-3
<b>QS-ZERVIX ZYTO</b>	<b>13-1</b>
Prüflauf/Abrechnung.....	13-1
<b>QS-HÖRGERÄTEVERORDNUNG</b>	<b>14-1</b>
Prüflauf.....	14-1
Archiv.....	14-2
<b>KREBSREGISTER</b>	<b>15-1</b>
Prüflauf.....	15-1
Archiv.....	15-2
<b>MENÜ HILFE</b>	<b>16-1</b>
<b>INDEX</b>	<b>17-1</b>





# ÜBER DIESES BENUTZERHANDBUCH

Das Programm *MEDICAL OFFICE* Abrechnung ist für die Abrechnung innerhalb des Programmpaketes *MEDICAL OFFICE* verantwortlich. Es beinhaltet sowohl die KV-Abrechnung per KVDT als auch das Rechnungswesen. Dieses Handbuch soll Ihnen bei der Einarbeitung in das Programm helfen.

---


## Verwendung dieses Benutzerhandbuchs

Dieses Handbuch enthält umfassende Informationen über die Bedienung des Programms.

Das Benutzerhandbuch enthält die komplette Systemdokumentation des Programms *MEDICAL OFFICE* Abrechnung. Die einzelnen Kapitel dieses Handbuchs sind in der Reihenfolge der Menüs angeordnet. Jede Kapitelüberschrift entspricht einem der Menünamen in der Menüleiste des Hauptfensters. Jedes Kapitel umfasst dementsprechend:

- einen Überblick über das gesamte Menü sowie der Menüoptionen
  - eine Beschreibung aller Befehle, Optionen und Felder
  - eine Beschreibung aller Dialogfenster
  - Beispiele zur Erläuterung bestimmter Aktionen und Verfahren
- 

## Weitere Informationsquellen


Zusätzlich zu diesem Handbuch enthält das Programm *MEDICAL OFFICE* Abrechnung eine kontextabhängige Hilfe. Wenn Sie also während der Arbeit mit einem Menü, einem Dialog, einer Option oder einem Feld Hilfe benötigen, drücken Sie die Hilfetaste  und Sie erhalten sofort ein Hilfefenster zu diesem Programmpunkt. Den Umgang mit der Online - Hilfe lesen Sie bitte im Kapitel **HILFE** nach.





# DAS HAUPTFENSTER

Nach dem Start von MEDICAL OFFICE *Abrechnung* wird Ihnen ein Dialogfenster angezeigt, in dem Sie Ihren Nutzernamen und das Kennwort eingeben müssen.



Die Software für Ärzte.  
**MEDICAL OFFICE**<sup>®</sup>  
Abrechnung  
Testversion  
© INDAMED GmbH Schwerin, Alle Rechte vorbehalten.  
Benutzername:   
Kennwort:   
   
V2.57.2509 MEDOFF

Nach der Eingabe der richtigen Daten wird das Hauptfenster angezeigt.

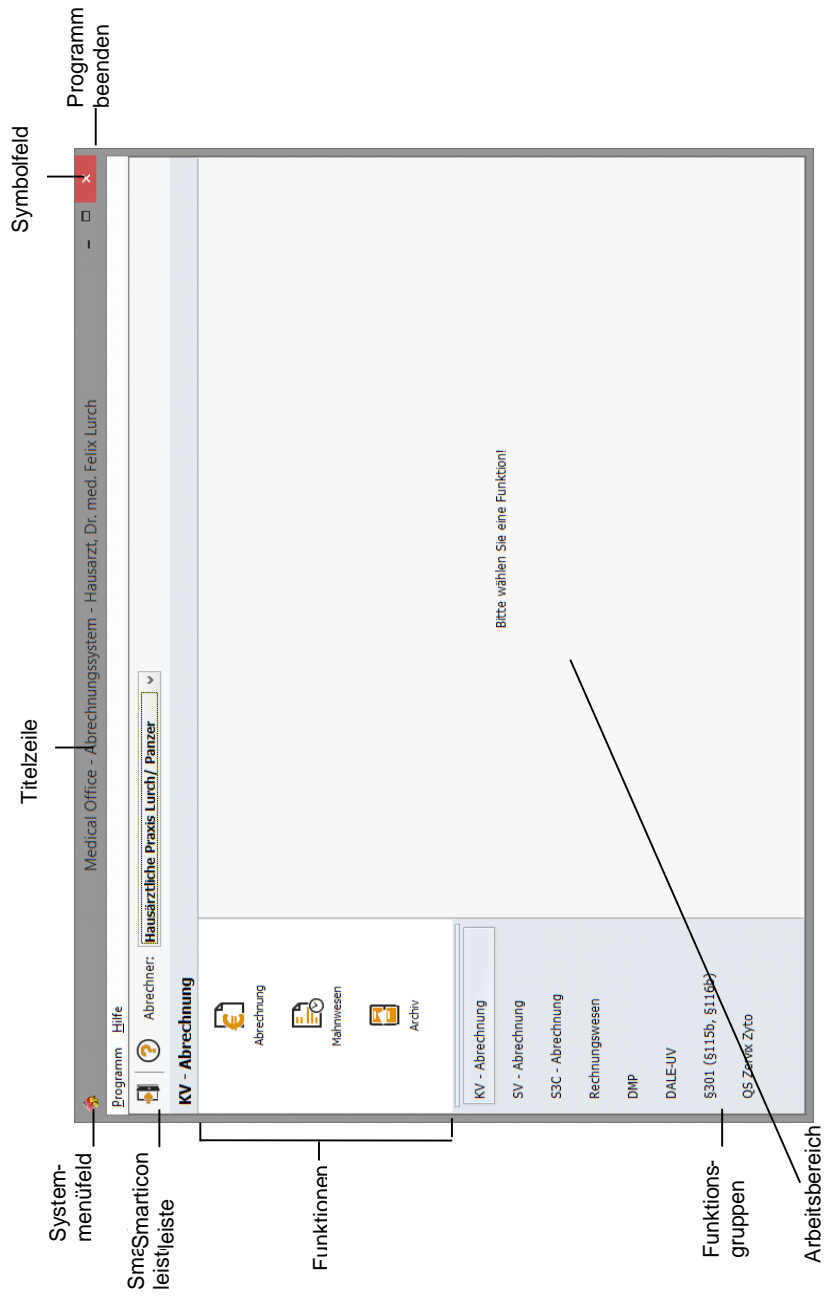
---

🔊 **Hinweis:** *Aus Sicherheitsgründen wird das Kennwort nicht angezeigt. Stattdessen wird für jedes eingegebene Zeichen ein Stern angezeigt.*

---

🔊 **Hinweis:** *Wurde die „vereinfachte Anmeldung“ eingestellt, wird nur das Kennwort abgefragt. Die Identifizierung des Nutzernamens erfolgt dann durch das Kennwort.*

---



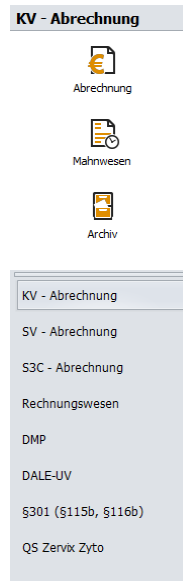
Das Hauptfenster besteht unterhalb der Menüleiste aus 3 Teilen.

## Smarticonleiste

In der Smarticonleiste sind globale Funktionen für den Schnellzugriff zusammen gefasst. Dazu gehören die Auswahl des abzurechnenden Abrechners sowie der Aufruf der Hilfe und das Verlassen des Hauptfensters.

Unterhalb der Icons wird die Funktionsgruppe angezeigt, in der man sich gerade befindet.

## Funktionsgruppenbereich



Der Funktionsgruppenbereich zeigt die Abrechnungsbereiche aus dem Abrechnungssystem und die zugehörigen Funktionen zusammen an. Wählt man einen Abrechnungsbereich (z.B. DALE-UV) aus, erscheinen unterhalb des Bereichs die verfügbaren Funktionen (Prüflauf, Abrechnung, Archiv)

**Hinweis:** Es werden nur die Funktionsbereiche angezeigt, für die der aktuelle Nutzer für den ausgewählten Abrechner Zugriffsrechte besitzt.

## Arbeitsbereich

Der Arbeitsbereich wird rechts vom Funktionsgruppenbereich dargestellt. Seine Darstellung ist abhängig von der gewählten Funktion. Oberhalb des Arbeitsbereiches wird oft noch eine kleine Iconleiste mit weiteren Funktionen angezeigt.



# MENÜ PROGRAMM

Das Menü [Programm] enthält nur die Menüoption zum Verlassen des Programms. Alle Einstellungen, die für eine ordnungsgemäße Abrechnung notwendig sind werden im Programm *MEDICAL OFFICE* Datenpflege vorgenommen.



---

## Abmelden



Diese Funktion ist vorgesehen, um einen schnellen Nutzerwechsel innerhalb des Programms vollziehen zu können. Wenn Sie diese Funktion aufrufen, wird das Kennwort - Dialog eingeblendet. Jetzt kann sich der nächste Nutzer anmelden.

Es sollte darauf geachtet werden, dass immer ein korrekter Nutzerwechsel vorgenommen wird.

---

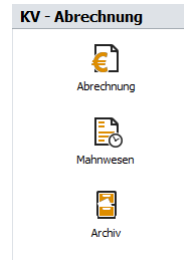
## Beenden

Mit der Menüoption [Beenden] verlassen Sie das Programm. Alle gegebenenfalls vorgenommenen Einstellungen werden gespeichert.



# KV-ABRECHNUNG

Das Kapitel KV-Abrechnung beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe KV-Abrechnung. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe KV-Abrechnung aufrufen.



## Abrechnung

Mit dieser Menüoption können Sie für den in der Menüleiste eingestellten Abrechner den Prüflauf bzw. die Abrechnung für die KV vornehmen. Bei diesem Prüflauf werden die abzurechnenden KV- Fälle des Abrechnungsquartals sowie alle offenen Vorquartalsfälle auf Vollständigkeit sowie Richtigkeit entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zur Erstellung eines Abrechnungsdatenträgers überprüft. Sie können diesen Prüflauf zu jedem beliebigen Zeitpunkt innerhalb des Quartals und so oft Sie wollen starten. Der Prüflauf kann auch durchgeführt werden, während an anderen Arbeitsplätzen im Netzwerk noch gearbeitet wird.

Zur weiteren Spezifikation des Prüflaufs / der Abrechnung erscheint rechts neben der Funktionsgruppe ein Dialogbereich.

Funktionsbereich mit Dialogbereich

### Quartal

In diesem Feld wird das zu prüfende Abrechnungsquartal eingegeben. Als Vorgabe steht das aktuelle Quartal drin.

**Hinweis:** Innerhalb der ersten 14 Tage eines Quartals steht in diesem Feld als Vorgabe noch das Vorquartal drin, da viele Praxen die Abrechnung eines Quartals meistens erst nach Beginn des neuen Quartals durchführen.

### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie die zu ermittelnden Fälle auf einen Leistungserbringer beschränken. Hierbei gilt der im Fall des Patienten eingestellte Leistungserbringer.

### nur abgeschl. Fälle

Mit Hilfe dieses Feldes können Sie festlegen, dass nur Fälle mit dem Status |Bearbeitung abgeschlossen| berücksichtigt werden sollen.

### Regelwerksprüfung

Mit dieser Option können Sie festlegen, dass während der Prüflauf zusätzlich eine Regelwerksprüfung durchgeführt wird.

### Knappschaftsabrechnung

Haben Sie im Datenpflegesystem eine Knappschafts-IK hinterlegt, haben Sie hier die Möglichkeit, nur die Knappschaftsfälle abzurechnen.

**Fallart**

nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE

Dieses Feld ist nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE verfügbar. Wird in diesem Feld ein Ambulanzkennzeichen (Es wird auf dem Abrechnungsschein vermerkt.) eingegeben, werden nur die Fälle dieser Ambulanz geprüft.


**Schaltfläche** Prüfen & Abrechnen →

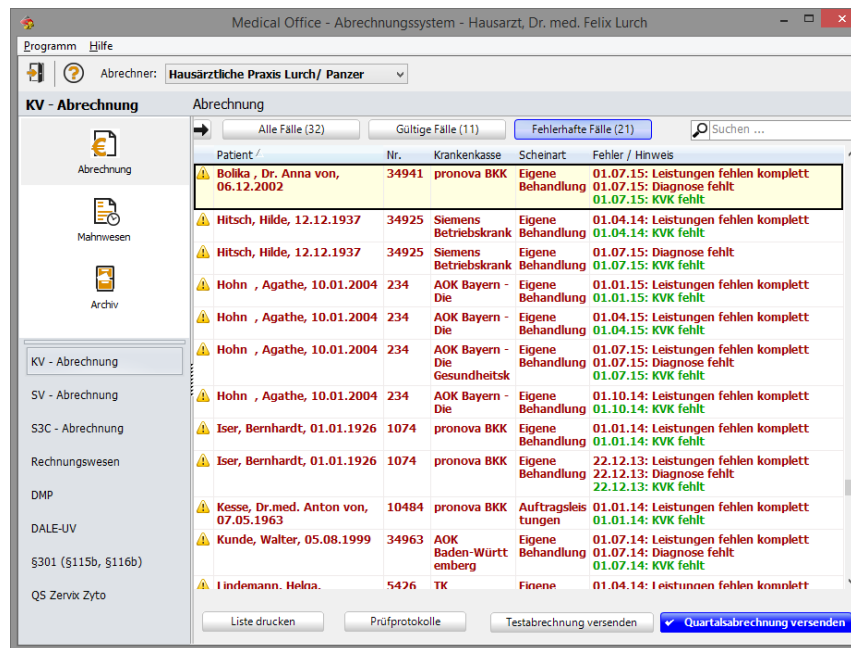
Mit dieser Schaltfläche starten Sie den Prüflauf.

Während der Ermittlung und Prüfung der Fälle wird Ihnen unter dem Funktionsbereich eine Fortschrittsanzeige angezeigt. Es erfolgt hier auch eine Prüfung durch das KBV-Prüfmodul. Diese Prüfung erfolgt vollständig im Hintergrund.

**Hinweis:** Das Prüfmodul wird Ihnen bei der quartalsweisen Updatelieferung zum Programmpaket MEDICAL OFFICE automatisch mitgeliefert und in das Programmpaket eingebunden. Sie brauchen sich um das Prüfmodul also nicht zu kümmern.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt. Der Arbeitsbereich stellt 3 Sichten zur Verfügung. <Alle Fälle>, <Gültige Fälle> und <Fehlerhafte Fälle>. Hier können Sie Fehler korrigieren oder die Abrechnung durchführen.

Mit der Anzeige des Arbeitsbereiches wird der Dialogbereich ausgeblendet. Sie können ihn mit dem Pfeil  wieder einblenden, um beispielsweise die Parameter zu verändern und den Prüflauf erneut durchzuführen.



Patient /	Nr.	Krankenkasse	Scheinart	Fehler / Hinweis
<b>Bolika, Dr. Anna von,</b> 06.12.2002	34941	pronova BKK	Eigene Behandlung	01.07.15: Leistungen fehlen komplett 01.07.15: Diagnose fehlt 01.07.15: KVK fehlt
<b>Hitsch, Hilde, 12.12.1937</b>	34925	Siemens Betriebskrank	Eigene Behandlung	01.04.14: Leistungen fehlen komplett 01.04.14: KVK fehlt
<b>Hitsch, Hilde, 12.12.1937</b>	34925	Siemens Betriebskrank	Eigene Behandlung	01.07.15: Diagnose fehlt 01.07.15: KVK fehlt
<b>Hohn, Agathe, 10.01.2004</b>	234	AOK Bayern - Die	Eigene Behandlung	01.01.15: Leistungen fehlen komplett 01.01.15: KVK fehlt
<b>Hohn, Agathe, 10.01.2004</b>	234	AOK Bayern - Die	Eigene Behandlung	01.04.15: Leistungen fehlen komplett 01.04.15: KVK fehlt
<b>Hohn, Agathe, 10.01.2004</b>	234	AOK Bayern - Die	Eigene Behandlung	01.07.15: Leistungen fehlen komplett 01.07.15: Diagnose fehlt 01.07.15: KVK fehlt
<b>Hohn, Agathe, 10.01.2004</b>	234	AOK Bayern - Die	Eigene Behandlung	01.10.14: Leistungen fehlen komplett 01.10.14: KVK fehlt
<b>Iser, Bernhard, 01.01.1926</b>	1074	pronova BKK	Eigene Behandlung	01.01.14: Leistungen fehlen komplett 01.01.14: KVK fehlt
<b>Iser, Bernhard, 01.01.1926</b>	1074	pronova BKK	Eigene Behandlung	22.12.13: Leistungen fehlen komplett 22.12.13: Diagnose fehlt 22.12.13: KVK fehlt
<b>Kesse, Dr.med. Anton von, 07.05.1963</b>	10484	pronova BKK	Auftragsleis- tungen	01.01.14: Leistungen fehlen komplett 01.01.14: KVK fehlt
<b>Kunde, Walter, 05.08.1999</b>	34963	AOK Baden-Württ- emberg	Eigene Behandlung	01.07.14: Leistungen fehlen komplett 01.07.14: Diagnose fehlt 01.07.14: KVK fehlt
<b>Lindemann, Helma.</b>	5426	TK	Finene	01.04.14: Leistungen fehlen komplett

**Arbeitsbereich**

Im Arbeitsbereich wird standardmäßig die Sicht <Fehlerhafte Fälle> aktiviert, sofern Fehler gefunden wurden. In dieser Liste werden die Patienten aufgeführt, deren Daten für eine ordnungsgemäße KV-Abrechnung unvollständig sind. Zu jedem Patienten sind seine interne Nummer, sein Name, Geburtsdatum, seine Krankenkasse sowie die Scheinart und der Fehler / Hinweis aufgelistet. Die Liste ist nach der Spalte Patient sortiert. Um eine Sortierung nach einer anderen Spalte vorzunehmen, klicken Sie einfach auf den Spaltenkopf der Spalte, nach der sortiert werden soll. In der Liste können Sie suchen, indem Sie den Suchbegriff einfach im Feld |Suchen| erfassen.

Sie können sich diese Liste auf Ihrem Drucker mit Hilfe der Schaltfläche <Liste drucken> ausdrucken lassen. Mit der Schaltfläche <Prüfprotokolle> können Sie sich die vom KBV-Prüfmodul generierten Listen im Original ansehen und ggf. ausdrucken.

Die gefundenen Fehler werden in zwei Kategorien eingeteilt. Rot dargestellt werden die Fehler, die das Abrechnen des betreffenden Falls verhindern. Diese Fälle werden also nicht abgerechnet sondern bleiben offen bis die Fehler beseitigt wurden.



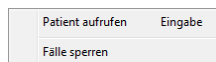
Grün dargestellt sind Hinweise, die das Programm macht um spätere Nachfragen seitens der KV zu vermeiden. Als Beispiel sei eine Diagnose mit einem alten ICD-Code (z.B. I10) genannt. Hat der Abrechnungsschein noch weitere Diagnosen, wird der falsche ICD-Code als Hinweis dargestellt. Wird dieser ICD-Code nicht vor der Abrechnung korrigiert, rechnet das Programm diesen Abrechnungsfall ohne die betreffende Diagnose ab.

#### Folgende Fehlermeldungen können auftreten:

<b>Praxisgebührsonderziffer ungültig</b>	Im Datenpflegesystem unter [System]⇒ [Institution] auf der Registerkarte <Praxisgebühr> sind ungültige Ziffern erfasst. ☞ aktuelle Pseudoziffern erfassen.
<b>Laborpauschalziffern ungültig</b>	Im Datenpflegesystem unter [System]⇒ [Abrechner] auf der Registerkarte <KV-Vorgaben> sind im Feld  Laborpauschalen  ungültige Ziffern erfasst. ☞ aktuelle Pseudoziffern erfassen.
<b>Schein fehlt</b>	In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" wurde die Option  Schein fehlt  angekreuzt. Der Patient wurde also ohne gültigen Abrechnungsschein behandelt. ☞ Patient benachrichtigen und fehlenden Schein bzw. KVK nachfordern.
<b>Scheinart unbekannt</b>	Beim Anlegen des Scheins wurde die Scheinart auf den Wert "unbekannt" gesetzt. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" die richtige Scheinart erfassen.
<b>weiterbeh. Arzt fehlt</b>	Es wurde ein Notfall-/Vertreterschein angelegt, jedoch kein weiterbehandelnder Arzt eingegeben. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" den weiterbehandelnden Arzt eingeben. Ist der weiterbeh. Arzt unbekannt, kann dort der Ersatzwert <i>unbekannt</i> eingetragen werden.
<b>VKNR fehlt</b>	Die zu der Kasse gehörende VKNR wurde nicht erfasst. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" die Krankenkasse des Patienten erfassen.
<b>Krankenkassennr. (IK) fehlt</b>	Das zu der Krankenkasse gehörende IK wurde nicht erfasst. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" die Krankenkasse des Patienten erfassen.
<b>Gebührenordnung ist ungültig</b>	Bei dem Patienten wurde keine Kasse erfasst. Das Programm kann deshalb die Gebührenordnung nicht ermitteln. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" die Krankenkasse des Patienten erfassen.
<b>Leistungen fehlen komplett</b>	Auf dem Abrechnungsschein des Patienten wurden keine Ziffern erfasst. ☞ Im Krankenblatt Ziffern erfassen!
<b>Diagnose fehlt</b>	Auf dem Abrechnungsschein des Patienten wurden keine Diagnosen erfasst. ☞ Im Krankenblatt Diagnosen erfassen bzw. wiederholen!
<b>Auftrag/Diagnose/Verdacht fehlt</b>	Es wurde als Scheinart "Überweisung" angelegt, aber im Feld  Auftrag/Diagnose/Verdacht  wurde kein Überweisungstext erfasst. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" auf die Schaltfläche <Überweisungsinhalt> klicken und dort Diagnose/Verdacht eintragen.
<b>Überweisung von fehlt</b>	Es wurde als Scheinart "Überweisung" angelegt, aber der überweisende Arzt wurde nicht erfasst. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" auf die Schaltfläche <Überweisungsinhalt> klicken und dort die überweisende Arztnummer erfassen.
<b>Überweisung an fehlt</b>	Es wurde als Scheinart "Überweisung" angelegt, aber  Überweisung an  wurde nicht erfasst. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" auf die Schaltfläche <Überweisungsinhalt> klicken und dort das Feld  Überweisung an  erfassen.
<b>stat. Beh. von-bis fehlt</b>	Es wurde als Scheinart "Belegärztliche Behandlung" angelegt, aber es wurden keine Zeiten für die belegärztliche Behandlung angegeben. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" auf die Schaltfläche <Stat. Beh. von-bis> klicken und Zeiten der stationären Behandlung eingeben.
<b>Scheinuntergruppe fehlt</b>	Es wurde zwar die Scheinart erfasst, aber als Scheinuntergruppe wurde "unbekannt" eingetragen. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" die korrekte Scheinuntergruppe erfassen.
<b>Versichertenart MFR fehlt</b>	Die Versichertenart (Mitglied, Familienmitglied, Rentner) des Patienten wurde nicht erfasst. ☞ In den Stammdaten im Dialog "Kostenträger" die korrekte Versichertenart erfassen.

<b>ICD – Code fehlt</b>	Bei der abzurechnenden Diagnose fehlt der zugehörige ICD-Code. ☞ gültigen ICD - Code erfassen.
<hr/>	
<b>☛ Hinweis:</b> <i>Enthält der entsprechende Fall mindestens eine Diagnose, mit einem gültigen ICD-Code, wird dieser Fall trotzdem abgerechnet.</i>	
<hr/>	
<b>Personalnummer fehlt</b>	Der „sonstige Kostenträger“ dieses Patienten erwartet bei den Zusatzangaben die Personalnummer des Patienten. ☞ Im Kostenträger auf die Schaltfläche <SKT Zusatzangaben> klicken und dort die Personalnummer erfassen
<b>Name des Auslands fehlt</b>	Der Kostenträger dieses Patienten ist mit der Kostenträgeruntergruppe „Sozialversicherungsabkommen“ angelegt worden. Bei den Zusatzangaben fehlt der Name des Auslands. ☞ Im Kostenträger auf die Schaltfläche <SKT Zusatzangaben> klicken und dort den Namen des Auslands erfassen.
<b>Personenkreis fehlt</b>	Der „sonstige Kostenträger“ dieses Patienten erwartet bei den Zusatzangaben den Personenkreis des Patienten. ☞ Im Kostenträger auf die Schaltfläche <SKT Zusatzangaben> klicken und dort den Personenkreis auswählen. (z.B. bei Bundeswehr)
<b>Personenkennnummer fehlt</b>	Der „sonstige Kostenträger“ dieses Patienten erwartet bei den Zusatzangaben die Personenkennnummer des Patienten. ☞ Im Kostenträger auf die Schaltfläche <SKT Zusatzangaben> klicken und dort die Personenkennnummer angeben. (z.B. bei Bundeswehr)
<b>Gültigkeitszeitraum fehlt</b>	Der „sonstige Kostenträger“ dieses Patienten erwartet bei den Zusatzangaben den Gültigkeitszeitraum des Scheins. ☞ Im Kostenträger auf die Schaltfläche <SKT Zusatzangaben> klicken und dort die Zusatzangaben erfassen.
<b>Dienststelle fehlt</b>	Der „sonstige Kostenträger“ dieses Patienten erwartet bei den Zusatzangaben die Dienststelle des Patienten. (z.B. bei Feuerwehren) ☞ Im Kostenträger auf die Schaltfläche <SKT Zusatzangaben> klicken und dort die Zusatzangaben erfassen.
<b>Aktenzeichen d. Kostenst. fehlt</b>	Der „sonstige Kostenträger“ dieses Patienten erwartet bei den Zusatzangaben das Aktenzeichen des Patienten. (z.B. bei Sozialhilfeträgern) ☞ Im Kostenträger auf die Schaltfläche <SKT Zusatzangaben> klicken und dort die Zusatzangaben erfassen.
<b>Versichertenart darf für diesen Kostenträger nicht verwendet werden</b>	Die bei dem Patienten erfasste Versichertenart (Mitglied/Familienmitglied/Rentner) ist für den Kostenträger nicht gültig. (z.B. über Sozialhilfeträger versicherte Patienten sind immer Mitglied) ☞ Im Kostenträger die Versichertenart korrigieren.
<b>Kein primär verwendbarer ICD-Code (Hinweis)</b>	Auf dem Abrechnungsschein des Patienten wurden nur sekundär abrechenbare ICD-Codes verwendet. ☞ gültigen ICD-Code erfassen.
<b>Versichertennr ungültig</b>	Die Versichertennummer des Patienten darf nur numerisch erfasst werden. Sie darf also keine Buchstaben bzw. Sonderzeichen enthalten. ☞ Versichertennummer korrigieren.
<b>PLZ des Patienten fehlt oder ist ungültig</b>	Die Postleitzahl des Patienten fehlt oder ist gemäß Postleitzahlenverzeichnis ungültig. ☞ Postleitzahl korrigieren oder Ersatzwert im Feld  Abrechnungs-Plz  auf der Registerkarte <Status> des Patientenstamms erfassen.
<b>Praxisgebühr ist offen und nicht gemahnt</b>	Die Praxisgebühr wurde nicht bezahlt und der Patient hat noch keine Mahnung erhalten. ☞ Mahnung fehlende Praxisgebühr drucken.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für markierte Einträge zusätzliche Funktionen aufrufen:



**[Patient aufrufen Enter]**

Mit dieser Menüoption können Sie den markierten Patienten direkt in der MEDICAL OFFICE Zentrale aufrufen lassen.

**[Fälle sperren]**

Mit dieser Funktion werden alle angezeigten Fälle gesperrt.

Mit Hilfe der Option <versendete Fälle als abgerechnet markieren> legen Sie fest, dass im Falle einer Abrechnung die Fälle auch als abgerechnet gekennzeichnet werden. Wird diese Option deaktiviert, wird mit der Schaltfläche <Abrechnung versenden> eine Probeabrechnung versandt.

## Schaltfläche Quartalsabrechnung versenden

Mit Hilfe dieser Schaltfläche werden die abrechnungsfähigen Fälle zu einem Datenpaket zusammengefasst, verschlüsselt und gemäß definierter Versandart versendet. Die Versandart wird im Datenpflegesystem je Abrechner auf der Registerkarte <KV-Vorgaben> festgelegt.



### DER EINSATZ DES KBV - KRYPTOMODULS

Das XKM – Kryptomodul dient der Verschlüsselung der Abrechnungsdatei auf der Diskette. Das Kryptomodul benutzt einen speziellen Verschlüsselungsmechanismus auf Datensatzebene, so dass ein Entschlüsseln der Abrechnungsdatei nur durch sehr hohen technischen Aufwand möglich wird.

Das Kryptomodul wird Ihnen – genau wie das KBV – Prüfmodul – jedes Quartal automatisch geliefert.

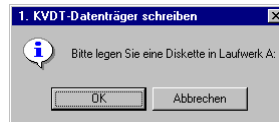
Die Verschlüsselung der Abrechnungsdatei erfolgt automatisch im Hintergrund ohne weiteres Zutun.

### VERSAND DER ABRECHNUNGSDATEI PER E-MAIL

Wurde im Datenpflegesystem unter [System]⇒[Abrechner] auf der Registerkarte  KV-Vorgaben  als Versandart E-Mail festgelegt und eine gültige E-Mail Adresse hinterlegt, erfolgt der Versand automatisch per E-Mail. In dem Fall erscheint - abhängig vom verwendeten E-Mail Programm - ein Dialog, mit dem die Abrechnung verschickt wird.

### VERSAND DER ABRECHNUNGSDATEI NACH ZIELPFAD

Erfolgt der Versand auf Datenträger. (z.B. Laufwerk A:), werden Sie aufgefordert eine Diskette in das betreffende Laufwerk einzulegen.



In diesem Fall müssen Sie eine leere und formatierte Diskette in das Diskettenlaufwerk einlegen und die Schaltfläche <OK> betätigen. Das Programm schreibt anschließend die Abrechnungsdaten auf diese Diskette. Nachdem die Abrechnung auf die Diskette kopiert wurde, erfolgt eine Abfrage, ob Sie noch eine Kopie der Abrechnung erzeugen wollen. Wenn ja, legen Sie wiederum eine leere formatierte Diskette in das Laufwerk und klicken Sie auf <OK>.

**Hinweis:** *Sie sollten von der Abrechnung unbedingt eine Kopie erstellen. Mitunter kommt es vor, dass Datenträger beim Transport zur KV beschädigt werden. In diesem Fall hätten Sie sofort eine Kopie zur Hand.*

### CD-RW

Erfolgt der Versand per CD-ROM. (Den Laufwerksbuchstaben erfahren Sie von Ihrem Administrator.), erscheint der „Assistent zum Schreiben von CDs“ von Windows XP bzw. Windows 2003.



In diesem Fall müssen Sie einen leeren CD-Rohling in das CD-Laufwerk einlegen und dem Assistenten folgen. Nachdem die Abrechnung auf die CD erstellt wurde, erfolgt eine Abfrage, ob Sie noch eine Kopie der Abrechnung erzeugen wollen. Wenn ja, wird wiederum der Assistent gestartet.

Nachdem die Abrechnungsdatei erfolgreich versandt wurde, erfolgt die Sperrung der Abrechnungsscheine.

**Hinweis:** Das Sperren der Abrechnungsscheine erfolgt nur, wenn der Datenträger auch korrekt beschrieben werden konnte. Wird das Erstellen der Diskette/CD abgebrochen, erfolgt kein Sperren der Scheine.

### Schaltfläche

Testabrechnung versenden

Diese Schaltfläche hat dieselbe Wirkung wie die Schaltfläche <Quartalsabrechnung versenden>. Lediglich das Sperren der Abrechnungsscheine wird nicht vorgenommen. So haben Sie die Möglichkeit, Ihre Abrechnungsdatei zu Testzwecken zu erstellen.

### Schaltfläche

Liste drucken

Mit dieser Schaltfläche wird die Liste gedruckt.

### Schaltfläche

Prüfprotokolle

Bei der Prüfung der Abrechnungsdaten durch das KBV-Prüfmodul erzeugt dieses verschiedene Protokolle. Diese Protokolle kann man sich mit Hilfe dieser Schaltfläche ansehen.

Medical Office PDF Viewer

Programm

Suche  Fallliste.pdf

Anzahl abgerechneter Behandlungsfälle: 1  
Primär: 0 Ersatz: 1 Sonstige: 0

**KBV-Prüfmodul Fallstatistik (KVDT, Praxis-Version)**

Abrechnungsdatei: Z01279999900\_09.07.2015\_08.42.CON      Prüfdatum: 09.07.2015  
Erstellungsdatum: 09.07.2015      Prüfzeit: 08:42:25  
Prüfnummer: Y/1/1407/36/210      Quartal: 2/2015  
BSNR-Bezeichnung: MVZ Wallstraße      BSNR: 279999900

Ambulant VKNR/KTAB	Name des Kostenträgers	Versicherten-Status			davon	
		M	F	R	Gesamt	Vorquartal
48601/00	BARMER GEK	1	0	0	1	0
Summe:		1	0	0	1	0

In der Auswertung wird Ihnen die Gesamtanzahl abgerechneter Behandlungsfälle, die Anzahl Primär-, Ersatz sowie Sonstige Kostenträger angezeigt. Außerdem können Sie sich die verschiedenen Auswertungen, die vom KBV – Prüfmodul erzeugt wurden, ansehen und ausdrucken. Mit Hilfe der Listbox können Sie folgende Listen auswählen:

#### Fallstatistik (Fallliste.pdf)

Die Fallstatistik listet Ihnen die einzelnen Kostenträger mit der Anzahl der abgerechneten Fälle getrennt nach Versichertenstatus auf.

#### Scheinabgabe

In dieser Liste werden Ihnen alle Patienten angezeigt, von denen die KV die Abgabe der zugehörigen Abrechnungsscheine erwartet. Soweit möglich wird vor dem Namen des Patienten seine Ident-Nummer angezeigt.

#### Dokumentenabgabe

In dieser Liste werden Ihnen alle Patienten angezeigt, von denen die KV die Abgabe weiterer Dokumente erwartet. Dies können z.B. die Unterlagen von Früherkennungsuntersuchungen sein.

#### Sortierliste

Die Sortierliste ist eine Liste aller in diesem Quartal abgerechneter Patienten mit den zugehörigen Krankenkassen. Die Liste ist nach Krankenkassen entsprechend der für Ihre KV gültigen Sortiervorschrift sortiert. Beim Ausdruck dieser Liste benötigen Sie pro hundert Fälle etwa eine Seite.

#### Klammerliste

Die Klammerliste listet Ihnen alle Patienten auf, die mehrere Abrechnungsscheine im Quartal hatten.

**Überweisungen**

Diese Liste zeigt Ihnen alle Patienten an, die per Überweisung in Ihre Praxis gekommen sind. Benötigt Ihre KV diese Liste nicht, ist sie leer.

**Überweisung+Scheinabgabe**

Diese Liste ist eine Summe der Listen Scheinabgabe und Überweisungen. Benötigt Ihre KV diese Liste nicht, ist sie leer.

**Prüfprotokoll**

Das Prüfprotokoll ist das Fehlerprotokoll des KBV - Prüfmoduls. Einige KV'en verlangen, dass das Fehlerprotokoll mit der Abrechnungsdiskette mitgeschickt wird.

**GNRListe**

Auf dieser Liste befinden sich alle in der Abrechnungsdatei befindlichen Gebührenziffern und ihre Häufigkeit.

Mit der Schaltfläche <Drucken> können Sie die gerade sichtbare Liste ausdrucken. Mit der Schaltfläche <Schließen> verlassen Sie diesen Dialog. Die Abrechnung ist damit beendet.

---

## Mahnwesen

Mit dieser Funktion starten Sie die Ermittlung der zu mahnenden Fälle. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

**Abgrenzung der gesuchten Mahnungen**

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Mahnungen konfigurieren.

**Leistungserbringer**

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.


**Fallart**

Im Mahnlauf können Sie hier die Fallart selektieren. Sie können auch über alle Fallarten einen Mahnlauf durchführen.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

Patient /	Nr.	Telefon	Krankenkasse	Mahngrund	gemahnt am
Bolka, Dr. Anna von, 06.12.2002		0383623456	pronova BKK	KVK fehlt	
Bolka, Dr. Anna von, 06.12.2002		0383623456	pronova BKK	KVK fehlt	
Bolka, Dr. Anna von, 06.12.2002		0383623456	pronova BKK	KVK fehlt	
Bolka, Dr. Anna von, 06.12.2002		0383623456	pronova BKK	KVK fehlt	
Freibier, Hugo, 01.03.2007		0383645678	AOK	KVK fehlt	
Gießel, Ludmilla, 05.03.1956		0383656789	AOK Rheinland/Hamburg	KVK fehlt	
Hitsch, Hilde, 12.12.1937		0383667890	Siemens	KVK fehlt	
Hitsch, Hilde, 12.12.1937		0383667890	Siemens	KVK fehlt	
Hohn, Agathe, 10.01.2004		03837178901	AOK Bayern - Die	KVK fehlt	
Hohn, Agathe, 10.01.2004		03837178901	AOK Bayern - Die	KVK fehlt	
Hohn, Agathe, 10.01.2004		03837178901	AOK Bayern - Die	KVK fehlt	
Hohn, Agathe, 10.01.2004		03837178901	AOK Bayern - Die	KVK fehlt	
Hohn, Agathe, 10.01.2004		03837178901	AOK Bayern - Die	KVK fehlt	
Hohn, Agathe, 10.01.2004		03837178901	AOK Bayern - Die	KVK fehlt	
Hohn, Agathe, 10.01.2004		03837178901	pronova BKK	KVK fehlt	
Iser, Bernhardt, 01.01.1926		0383690123	pronova BKK	KVK fehlt	
Iser, Bernhardt, 01.01.1926		0383690123	pronova BKK	KVK fehlt	
Iser, Bernhardt, 01.01.1926		0383690123	pronova BKK	KVK fehlt	
Kesse, Dr.med. Anton von, 07.05.1963		03837201234	pronova BKK	KVK fehlt	
Küllig, Antonetta, 16.12.1985		03837265432	BARMER GEK	KVK fehlt	
Kunde, Walter, 05.08.1999			AOK	KVK fehlt	
Lindemann, Helga, 29.06.1940		0383676543	TK Rheinland-Pfalz	KVK fehlt	
Test, Hans, 20.11.1945		0214 3121 7214	Kaufmännische	KVK fehlt	

Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingelebnet werden.

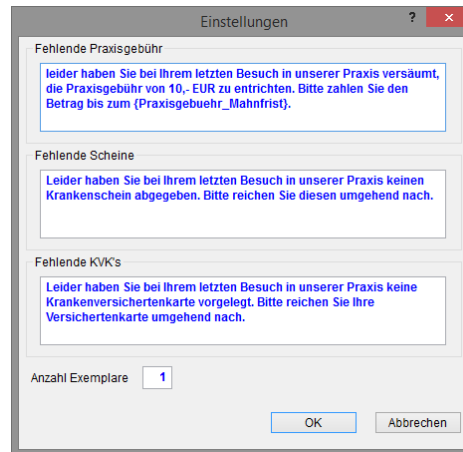
Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Filtern für den Arbeitsbereich.

- <Alle Fälle (...)> Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle zu mahnenden Fälle in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.
- <Fehlende KVK's (...)> Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden nur Mahnungen aufgrund der fehlenden KVK in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.
- <Fehlende Scheine ()> Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden nur Mahnungen aufgrund des fehlenden Scheins in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.
- <Fehlende PG ()> Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden nur Mahnungen aufgrund der fehlenden Praxisgebühr in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus. Mit der Schaltfläche <Mahnungen drucken> werden die markierten Mahnungen ausgedruckt. Um mehrere Einträge zu markieren verwenden Sie die üblichen Windows-Funktionen.

#### Schaltfläche <Einstellungen>

Hinter dieser Schaltfläche verbirgt sich ein Dialog zum Erfassen/Ändern der Mahntexte sowie zur Einstellung der Anzahl der zu druckenden Exemplare. Betätigen Sie diese Schaltfläche erscheint der Dialog "Einstellungen":



In diesem Dialog können Sie die Mahntexte bearbeiten. Einen Zeilenumbruch innerhalb des Eingabefeldes können Sie erzwingen, in dem Sie die Tasten **<Strg>+<Enter>** gemeinsam drücken. Das Feld |Anzahl Exemplare| gibt an, wie viel Exemplare der Mahnung ausgedruckt werden sollen. Mit <OK> speichern Sie Ihre Eingaben und verlassen den Dialog.

**Hinweis:** Änderungen an den Texten gelten nur für die aktuelle Sitzung. Um die Texte dauerhaft zu ändern, müssen Sie die Änderungen im Programm *MEDICAL OFFICE Datenpflege* unter [System]⇒[Abrechner] auf der Registerkarte *Mahnwesen* vornehmen.

## Archiv

Mit dieser Funktion starten Sie die Ermittlung der bereits abgerechneten Fälle. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

### Abgrenzung der gesuchten Fälle

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

#### Abrechnungsquartal

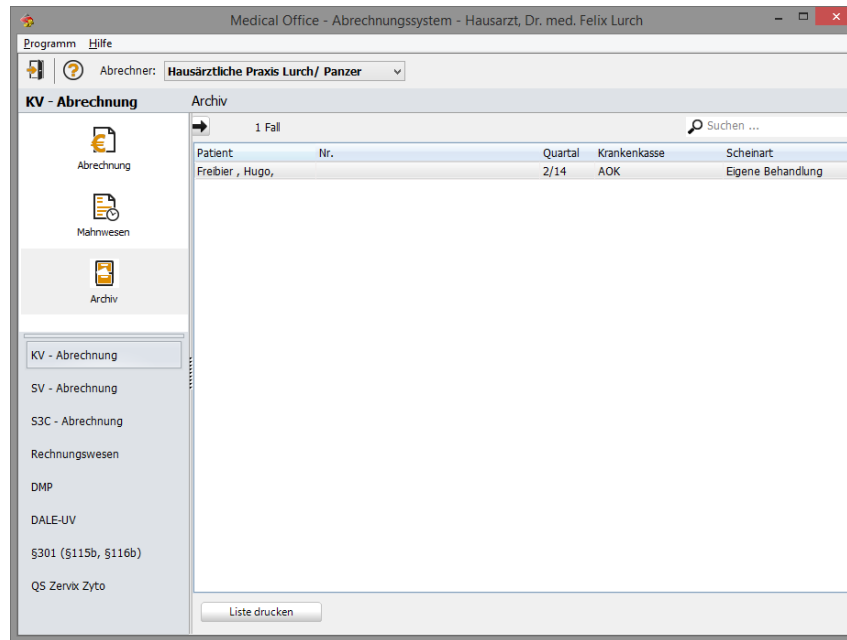
Hiermit legen Sie fest, aus welchem Quartal die zu ermittelnden abgerechneten Fälle sein sollen.


#### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Begrenzung der gesuchten Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingeblendet werden.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus.

Um mehrere Einträge zu markieren verwenden Sie die üblichen Windows-Funktionen.

Mit Hilfe des Kontextmenüs können Sie weitere Funktionen auf die markierten Fälle anwenden:

**[Patient aufrufen]**

Hiermit wird der markierte Patient in MEDICAL OFFICE aufgerufen.

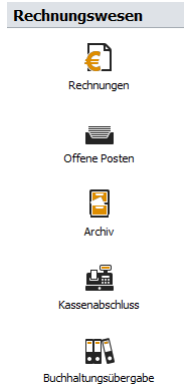
**[Fälle freigeben]**

Hiermit werden die markierten Fälle freigegeben.



# RECHNUNGSWESEN

Das Kapitel Rechnungswesen beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe Rechnungswesen. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe Rechnungswesen aufrufen.



---

## Rechnungen

Mit dieser Menüoption können Sie noch nicht gedruckte Rechnungen ermitteln und drucken bzw. versenden. Bei Aufruf dieser Menüoption wird Ihnen der Dialog "Rechnungen erstellen" angezeigt. Mit seiner Hilfe können Sie festlegen, welche Rechnungen bei der Suche berücksichtigt werden sollen.

Dialog "Rechnungen erstellen"

**Schablone**

In dieser Liste werden die dem aktuellen Nutzer freigegebenen Schablonen angezeigt. Schablonen werden im Datenpflegesystem unter [System]⇒[Abrechner] auf der Registerkarte <Schablonen> definiert.

✓ **Tipp:** Mit Hilfe von Schablonen können Sie fallspezifische Einschränkungen für die Ermittlung der zu druckenden Rechnungen vornehmen. Dazu gehören auch Nebenbetriebsstätte und Leistungserbringer aus dem Fall.

**Betriebsstätte**

Mit diesem Feld können Sie die zu ermittelnden Rechnungen auf eine Betriebsstätte beschränken. Hierbei gilt die im Fall des Patienten eingestellte Betriebsstätte.

**Leistungserbringer**

Mit diesem Feld können Sie die zu ermittelnden Rechnungen auf einen Leistungserbringer beschränken. Hierbei gilt der im Fall des Patienten eingestellte Leistungserbringer.

**Mindestbetrag**

Mit dem Betrag in diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Privatrechnungen ermittelt werden, die einen bestimmten Betrag übersteigen.

**Kostenträger**

Mit Hilfe dieses Feldes können Sie festlegen, dass nur Rechnungen eines bestimmten Kostenträgers ermittelt werden sollen. Dazu befindet sich hinter dem Feld ein Lupensymbol mit dessen Hilfe Sie auf die Datenbank Kostenträger zurückgreifen können.

**Mindestanzahl Leistungstage**

Hier können Sie festlegen, dass nur die Rechnungen ermittelt werden sollen, die eine bestimmte Anzahl von Leistungstagen aufweisen.

**Erster Leistungstag ab dem**

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur Rechnungen ermittelt werden deren erster Leistungstag an oder nach dem angegebenen Datum liegt. Der Leistungstag bezieht sich also auf die erfassten Gebührensätze. Es werden auch alle Fälle berücksichtigt, die ab diesem Tag gültig sind und noch keinen Gebühreneintrag haben.

**Letzter Leistungstag vor dem**

Mit dieser Option können Sie festlegen, dass nur Rechnungen berücksichtigt werden, deren letzter Leistungstag vor dem angegebenen Datum liegt. Der Leistungstag bezieht sich auf die erfassten Gebührensnummern. Es werden nur die Fälle berücksichtigt, die einen Gebühreneintrag vor dem angegebenen Tag haben.

#### **nur abgeschlossene Rechnungen**

Mit Hilfe dieses Feldes können Sie festlegen, dass nur Fälle mit dem Status |Bearbeitung abgeschlossen| berücksichtigt werden sollen.

#### **Versandart**

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur Rechnungen mit einer bestimmten Versandart berücksichtigt werden.

<Alle> Es werden alle Versandarten berücksichtigt.

<Druck> Es werden nur Rechnungen berücksichtigt, die gedruckt werden sollen.

<PVS> Es werden nur Rechnungen berücksichtigt, die per PVS versendet werden sollen.

#### **Ambulant**

*nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden alle ambulanten Rechnungen ermittelt.

#### **Stationär**

*nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden alle stationären Rechnungen ermittelt.

#### **Konsiliarbeh.**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf <Konsiliaruntersuchung> eingestellt ist.

#### **Stat. Mitbehandlung**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf <stat. Mitbehandlung> eingestellt ist.

#### **Notfälle**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf <Notfall> eingestellt ist.

#### **Sonstige**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe nicht gesetzt wurde.

#### **Tarife**

Mit den Optionen, die zur Gruppe Tarif gehören, können Sie festlegen, welche Tarife bei der Suche berücksichtigt werden sollen. Die Option „unbekannte Tarife“ stellt sicher, dass auch Tarife angezeigt werden, die bereits im Abrechner gelöscht wurden.

---

**Hinweis:** *Bei Einsatz von Dale-UV (abrechnerspezifische Option |Dale-UV| auf der Registerkarte <BG> im Datenpflegesystem aktiviert) sind die Tarife „BG allgemeine Heilbehandlung“ und „BG besondere Heilbehandlung“ nicht verfügbar, da Rechnungen im Normalfall per Dale-UV Verfahren an die BG verschickt werden. Stornorechnungen müssen direkt im Fall gedruckt werden.*

---

Klicken Sie auf die Schaltfläche <OK> beginnt das Programm die Rechnungen entsprechend Ihren Vorgaben zu ermitteln. Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt. Der Arbeitsbereich stellt 2 Registerkarten zur Verfügung. <Fehler> und <Fälle>. Wurden Fehler gefunden, wird als Vorgabe die Registerkarte <Fehler> angezeigt. Hier können Sie die Fehler korrigieren.

Medical Office - Abrechnungssystem - Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch

Abrechner: Hausärztliche Praxis Lurch/ Panzer

Rechnungen

Rechnungen drucken PAD erstellen Liste drucken Liste exportieren

Fälle: 26 ok 11 fehlerhaft Betrag: 4915,25 EUR

Patient	Kostenträger	Patnr.	Beh.-Zeitraum	Tarif	Fehler
Amor, Klaus, 11.11.2009	Unfallkasse Sc...	34945	18.11.14 - 19.05.15	BG B	Diagnose fehlt
Amor, Klaus, 11.11.2009	Unfallkasse Sc...	34945	18.11.14 - 19.05.15	BG B	Leistungen fehlen komplett
Amor, Klaus, 11.11.2009		34945	14.07.15 - 12.01.16	Privat	Diagnose fehlt
Amor, Klaus, 11.11.2009		34945	14.07.15 - 12.01.16	Privat	kein Hauptversicherter bei Minderjährigen
Amor, Klaus, 11.11.2009		34945	14.07.15 - 12.01.16	Privat	Leistungen fehlen komplett
Höhn, Agathe, 10.01.2004	Bg der chemie...	234	03.06.14 - 02.12.15	BG A	Leistungen fehlen komplett
Kesse, Anton, 07.05.1963	AOK Mecklenb...	10484	01.01.14 - 01.01.14	Kdirekt	Diagnose fehlt
Kesse, Anton, 07.05.1963	AOK Mecklenb...	10484	01.01.14 - 01.01.14	Kdirekt	Leistungen fehlen komplett
Massage, Otto, 12.03.1969		34950	26.03.14 - 26.03.14	BG B	Kostenträger fehlt
Salem, Rüdiger, 14.04.1951		31807	20.04.14 - 10.05.15	Privat	Diagnose fehlt
Salem, Rüdiger, 14.04.1951		31807	20.04.14 - 10.05.15	Privat	Leistungen fehlen komplett
Test, Hans, 20.11.1945		34952	30.04.14 - 01.11.14	Privat	Diagnose fehlt
Test, Hans, 20.11.1945		34952	30.04.14 - 01.11.14	Privat	Leistungen fehlen komplett
Testpatient, Kind, 25.09.2005	Eichler, Primus	34953	01.04.15 - 28.05.16	Privat	Diagnose fehlt
Testpatient, Kind, 25.09.2005	Eichler, Primus	34953	01.04.15 - 28.05.16	Privat	Leistungen fehlen komplett
Ugalla, Horst, 31.12.1927		23439	01.01.14 - 30.03.14	Privat	Leistungen fehlen komplett
Ugalla, Horst, 31.12.1927		23439	14.05.14 - 15.11.14	Privat	Leistungen fehlen komplett
Woge, Eva, 23.05.1949		34880	16.01.14 - 30.03.14	Privat	Diagnose fehlt
Woge, Eva, 23.05.1949		34880	16.01.14 - 30.03.14	Privat	Leistungen fehlen komplett

Fälle Fehler

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.

Terminzone auswählen

Zweite Zone

OK Abbrechen

In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus. Diese Menüoption ist nur bei lizenziertem Organisationsmodul vorhanden.

### Fälle ... ok ... fehlerhaft

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Rechnungen abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen den zwei möglichen Ansichten wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Rechnungen an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Rechnungen an.

**Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Rechnungen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

## REGISTERKARTE &lt;FÄLLE&gt;

Patient	Kostenträger	Rech.-Nr.	Patnr.	Beh.-Zeitraum	Tarif	Betrag
Christopherus, Emar, 01.02.1958			34946	09.03.14 - 09.03.14	Privat	26,54
Damm, Elisabeth, 15.06.1925			34947	13.05.14 - 13.05.14	Post B	8,86
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955			21305	24.07.13 - 24.07.13	Privat	61,52
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	24.04.08 - 24.04.08	Privat	225,72
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	26.07.08 - 02.10.08	Privat	391,84
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	05.10.08 - 11.12.08	Privat	170,15
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	11.01.09 - 11.01.09	Privat	3,15
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	17.07.09 - 16.08.09	Privat	133,32
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	16.10.09 - 16.12.09	Privat	252,54
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	04.01.10 - 10.03.10	Privat	290,28
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	08.04.10 - 28.05.10	Privat	98,96
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	08.08.10 - 20.09.10	Privat	165,76
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	20.11.10 - 16.12.10	Privat	6,30
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	02.01.11 - 18.03.11	Privat	383,17
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	02.06.11 - 30.06.11	Privat	243,48
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	01.07.11 - 17.09.11	Privat	203,86
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	19.10.11 - 14.12.11	Privat	407,18
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	28.02.12 - 29.03.12	Privat	122,35
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	03.05.12 - 29.06.12	Privat	254,78
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	04.07.12 - 27.09.12	Privat	436,71
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	11.10.12 - 16.12.12	Privat	15,75
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	17.01.13 - 29.03.13	Privat	552,40
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	30.04.13 - 17.06.13	Privat	183,30
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	20.07.13 - 09.09.13	Privat	35,09
Ugalla, Horst, 31.12.1927			23439	08.11.13 - 29.12.13	Privat	143,06
Woge, Eva, 23.05.1949			34880	23.11.13 - 23.11.13	Privat	99,18

In dieser Liste sehen Sie die Namen der ermittelten Patienten, den Kostenträger (ist das Feld Kostenträger leer, sind Kostenträger und Patient identisch), die Rechnungsnummer (Die Rechnungsnummer wird in der Regel erst beim Druck der Rechnung vergeben.), die Fallnummer, den letzten Leistungstag der Rechnung, den zugehörigen Tarif sowie den Betrag der Rechnung. Befindet sich im Feld Tarif eine Zahl, handelt es sich um die ID eines gelöschten Tarifs. Dem System ist der Klarname des Tarifs nicht mehr bekannt.

In der ersten Spalte wird bei erfolgreichem Ausdruck ein Icon angezeigt. Somit haben Sie auch hiermit die Möglichkeit, die Liste nach diesem Merkmal zu sortieren. Ausgedruckte Rechnungen werden grün dargestellt.

Die Liste ist nach der Spalte Patient sortiert. Um eine Sortierung nach einer anderen Spalte vorzunehmen, klicken Sie einfach auf den Spaltenkopf der Spalte, nach der sortiert werden soll. In der sortierten Spalte können Sie suchen, indem Sie den Suchbegriff einfach auf der Tastatur eingeben. Die Markierung springt dann automatisch auf den gefundenen Eintrag.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für markierte Einträge zusätzliche Funktionen aufrufen:

Patient aufrufen	Eingabe
Alles markieren	Strg+A
Rechnung anzeigen	
Rechnung drucken	
Rechnung an PVS senden	
Rechnung abschließen	
Rechnung ausblenden	Entf
Rechnung sperren	Strg+S

**[Patient aufrufen Enter]**

Mit dieser Menüoption können Sie den markierten Patienten direkt in der MEDICAL OFFICE Zentrale aufrufen lassen.

**[Alles markieren Strg+A]**

Mit dieser Funktion werden alle Einträge der Tabelle markiert.

**[Rechnung anzeigen]**

Hiermit wird die Rechnung angezeigt.

**[Rechnung drucken STRG+D]**

Hiermit werden die markierten Rechnungen ausgedruckt. Es erscheint der Dialog „Druckoptionen“. Er ist bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben. Der Druck läuft nach den selben Prinzipien ab, wie der Druck einer Rechnung aus dem Kostenträger. Das Vorgehen ist im Handbuch zur MEDICAL OFFICE Zentrale beschrieben.

**[Rechnung an PVS senden]**

Hiermit werden markierte Rechnungen in eine Datei zum Versand an die PVS übertragen. Die Datei wird entsprechend den Einstellungen im Datenpflegesystem bereitgestellt.

**[Sammelrechnung drucken]**

Mit Hilfe dieser Menüoption können Sie alle Rechnungen desselben Rechnungsempfängers zu einer Sammelrechnung zusammenfassen. Die Sammelrechnung wird nicht gespeichert. Stattdessen wird bei den einzelnen Fällen die Einzelrechnung gespeichert, jedoch setzt sich die Rechnungsnummer aus der Rechnungsnummer der Sammelrechnung und der Einzelrechnung zusammen. z.B. 454545/454544 Vor dem Schrägstrich ist die Nummer der Sammelrechnung.

**[Rechnung abschließen]**

Bei dieser Menüoption werden die markierten Rechnungen auf ein bestimmtes Datum abgeschlossen. Es erscheint ein Dialog, in dem Sie das gewünschte Datum eingeben können. Rechnungspositionen, deren Datum nach dem Abschlussdatum liegt, werden auf eine neue Rechnung übertragen. Die Rechnungsbeträge werden entsprechend angepasst. Dieser Vorgang ist nicht umkehrbar!

**[Rechnung ausblenden]**

Bei dieser Menüoption werden die markierten Einträge aus der Liste entfernt. Ihr Status ändert sich dadurch nicht. Bei einem erneuten Rechnungslauf werden sie wieder angezeigt.

**[Rechnung sperren STRG+S]**

*nur bei noch nicht gedruckten Rechnungen*

Mit dieser Menüoption können Sie festlegen, dass das Programm markierte Einträge als gedruckt betrachtet. Diese Option ist gleichbedeutend mit dem Schalter <Sperren> im Kostenträger des Patienten.

**[Rechnung freigeben STRG+S]**

*nur bei gedruckten Rechnungen*

Mit dieser Menüoption können Sie festlegen, dass das Programm markierte und bereits gedruckte Einträge als noch nicht gedruckt betrachtet. Somit können Sie bei fehlerhaften Abrechnungen bzw. Ausdrucken dies zurücknehmen.

**[Überweisungsträger drucken]**

*nur bei gedruckten Rechnungen*

Mit dieser Funktion können Sie Überweisungsträger für die markierten Einträge bedrucken.

**REGISTERKARTE <FEHLER>**

Patient	Kostenträger	Patnr.	Beh.-Zeitraum	Tarif	Fehler
Amor, Klaus, 11.11.2009	Unfallkasse Sc...	34945	18.11.14 - 19.05.15	BG B	Diagnose fehlt
Amor, Klaus, 11.11.2009	Unfallkasse Sc...	34945	18.11.14 - 19.05.15	BG B	Leistungen fehlen komplett
Amor, Klaus, 11.11.2009		34945	14.07.15 - 12.01.16	Privat	Diagnose fehlt
Amor, Klaus, 11.11.2009		34945	14.07.15 - 12.01.16	Privat	kein Hauptversicherter bei Minderjährigen
Amor, Klaus, 11.11.2009		34945	14.07.15 - 12.01.16	Privat	Leistungen fehlen komplett
Hohn, Agathe, 10.01.2004	BG der chemb...	234	03.06.14 - 02.12.15	BG A	Leistungen fehlen komplett
Kesse, Anton, 07.05.1963	AOK Mecklenb...	10484	01.01.14 - 01.01.14	Kdirekt.	Diagnose fehlt
Kesse, Anton, 07.05.1963	AOK Mecklenb...	10484	01.01.14 - 01.01.14	Kdirekt.	Leistungen fehlen komplett
Massage, Otto, 12.03.1969		34950	26.03.14 - 26.03.14	BG B	Kostenträger fehlt
Salemi, Rüdiger, 14.04.1951		31807	20.04.14 - 10.05.15	Privat	Diagnose fehlt
Salemi, Rüdiger, 14.04.1951		31807	20.04.14 - 10.05.15	Privat	Leistungen fehlen komplett
Test, Hans, 20.11.1945		34952	30.04.14 - 01.11.14	Privat	Diagnose fehlt
Test, Hans, 20.11.1945		34952	30.04.14 - 01.11.14	Privat	Leistungen fehlen komplett
Testpatient, Kind, 25.09.2005	Eichler, Primus	34953	01.04.15 - 28.05.16	Privat	Diagnose fehlt
Testpatient, Kind, 25.09.2005	Eichler, Primus	34953	01.04.15 - 28.05.16	Privat	Leistungen fehlen komplett
Ugalla, Horst, 21.12.1927		23439	01.01.14 - 30.03.14	Privat	Leistungen fehlen komplett
Ugalla, Horst, 21.12.1927		23439	14.05.14 - 15.11.14	Privat	Leistungen fehlen komplett
Woge, Eva, 23.05.1949		34880	16.01.14 - 30.03.14	Privat	Diagnose fehlt
Woge, Eva, 23.05.1949		34880	16.01.14 - 30.03.14	Privat	Leistungen fehlen komplett

Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der fehlerhaften Rechnungen angezeigt. Zu jeder Rechnung wird Ihnen neben den Informationen, die auch auf der Registerkarte <Fälle> nezeigt werden, die Beschreibung des Fehlers angezeigt.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

Der Prüflauf unterscheidet folgende Art von Fehlern:

**ROT** Dieser Fehler verhindert, dass die Rechnung gedruckt/versendet werden kann. Er muss korrigiert werden. Zu dem Fehler wird immer eine Fehlerbeschreibung angezeigt.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen. Bei Fehlereinträgen hat das Kontextmenü folgenden Aufbau:

Patient aufrufen	Eingabe
Fehlerlangtext anzeigen	
Alles markieren	Strg+A
Rechnung anzeigen	
Rechnung sperren	Strg+S

#### [Patient aufrufen Enter]

Mit dieser Menüoption können Sie den markierten Patienten direkt in der MEDICAL OFFICE Zentrale aufrufen lassen.

---

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

---

#### [Fehlerlangtext anzeigen]

Bei Aufruf dieser Menüoption wird Ihnen eine ausführliche Fehlerbeschreibung angezeigt.

#### [Alles markieren Strg+A]

Mit dieser Funktion werden alle Einträge der Tabelle markiert.

#### [Rechnung anzeigen]

Hiermit wird die Rechnung angezeigt.

#### [Rechnung sperren STRG+S]

*nur bei noch nicht gedruckten Rechnungen*

Mit dieser Menüoption können Sie festlegen, dass das Programm markierte Einträge als gedruckt betrachtet. Diese Option ist gleichbedeutend mit dem Schalter <Sperren> im Kostenträger des Patienten.

#### [Rechnung freigeben STRG+S]

*nur bei gedruckten Rechnungen*

Mit dieser Menüoption können Sie festlegen, dass das Programm markierte Einträge als gedruckt betrachtet. Diese Option ist gleichbedeutend mit dem Schalter <Sperren> im Kostenträger des Patienten.

#### [Details]

Bei bestimmten Fehlern (Fehler im Prüfmodul) wird hier auf eine externe Fehlerbeschreibung zurückgegriffen.

## Offene Posten

Mit dieser Menüoption können Sie die offenen Posten (also gedruckte Privatrechnungen, die noch nicht ausgeglichen sind) ermitteln lassen und das integrierte Mahnwesen steuern. Bei Auswahl dieser Menüoption wird Ihnen der Dialog "Offene Posten - Verwaltung" angezeigt. Mit seiner Hilfe können Sie festlegen, welche offenen Rechnungen bei der Suche berücksichtigt werden sollen.

Dialog "Offene Posten"

### Schablone

In dieser Liste werden die dem aktuellen Nutzer freigegebenen Schablonen angezeigt. Schablonen werden im Datenpflegesystem unter [System]⇒[Abrechner] auf der Registerkarte ◀Schablonen▶ definiert.

✓  **Tipp:** Mit Hilfe von Schablonen können Sie fallspezifische Einschränkungen für die Ermittlung der offenen Posten vornehmen.

### Betriebsstätte

Mit diesem Feld können Sie die Offenen Posten auf eine Betriebsstätte beschränken. Hierbei gilt die im Fall des Patienten eingestellte Betriebsstätte.

### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie die Offenen Posten auf einen Leistungserbringer beschränken. Hierbei gilt der im Fall des Patienten eingestellte Leistungserbringer.

### Rechnungslegung vor dem ...

Mit Hilfe dieses Feldes legen Sie fest, ab welchem Datum die Offenen Posten ermittelt werden sollen. Das Feld ist vom Typ Datum. Geben Sie in diesem Feld kein Datum ein, werden alle Offenen Posten ermittelt, ansonsten nur die Offenen Posten, deren Rechnungsdruck vor dem entsprechenden Datum liegt.

### Rechnungsbetrag größer als...

Mit dem Betrag in diesem Feld können Sie festlegen, dass Ihnen nur die Offenen Posten angezeigt werden, die einen bestimmten Betrag übersteigen.

### Status

Mit dieser Option können Sie festlegen, dass nur die Offenen Posten ermittelt werden, die einen bestimmten Status haben. Diese Option kann mit der Option |fällig| kombiniert werden. Dabei ergeben sich folgende Möglichkeiten:

Feld  Status	Bemerkung
<Alle>	Es werden alle unbezahlten Rechnungen ermittelt.
X. Mahnung	Es werden nur die unbezahlten Rechnungen ermittelt, für die schon eine entsprechende Mahnung gedruckt wurde. Wird zusätzlich das Feld  fällig  aktiviert, werden alle unbezahlten Rechnungen ermittelt, bei denen die entsprechende Mahnung fällig ist.



**Hinweis:** Die Einstellungen, nach welchem Zeitraum die entsprechende Mahnung fällig ist, nehmen Sie im Programm MEDICAL OFFICE Datenpflege unter [System] ⇨ [Abrechner] auf der Registerkarte <Mahnwesen> vor.

**Ambulant** *nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden alle ambulanten Rechnungen ermittelt.

**Stationär** *nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden alle stationären Rechnungen ermittelt.

**Konsiliarbeh.**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Offenen Posten ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf <Konsiliaruntersuchung> eingestellt ist.

**Stat. Mitbehandlung**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Offenen Posten ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf <stat. Mitbehandlung> eingestellt ist.

**Notfälle**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Offenen Posten ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf <Notfall> eingestellt ist.

**Sonstige**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Offenen Posten ermittelt, deren Scheinuntergruppe nicht gesetzt wurde.

**Tarife**

Mit den Optionen, die zur Gruppe Tarif gehören, können Sie festlegen, welche Tarife bei der Suche berücksichtigt werden sollen. Um einen Tarif an-/abzuwählen, klicken Sie diesen mit der linken Maustaste doppelt an. Zum Zeichen, dass ein Tarif ausgewählt ist, wird in der zweiten Spalte der Tabelle ein „X“ angezeigt.

Klicken Sie auf die Schaltfläche <OK> beginnt das Programm die Offenen Posten entsprechend Ihren Vorgaben zu ermitteln. Während der Ermittlung wird am unteren Rand eine Fortschrittsanzeige eingeblendet. Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt. Der Arbeitsbereich stellt 2 Registerkarten zur Verfügung. <Fehler> und <Fälle>. Wurden Fehler gefunden, wird als Vorgabe die Registerkarte <Fehler> angezeigt. Hier können Sie die Fehler korrigieren.

Suche:	Fälle:	Offene Forderungen:					
	3	0,00 EUR					
Patient	Kostenträger	Rech.-Nr.	Nr. Tarif	Gesamtbetrag	offen seit	offener Betrag	Mahnst.
Christopherus, Einar		20110007	139648 Privat	10,72	14.11.2013	0,00	F1
Damm, Elisabeth		20110000	139692 Student	30,37	14.11.2013	0,00	F1
Jyhn, Ulrike		636807	136807 Privat	468,00	19.07.2011	0,00	F1

In dieser Liste sehen Sie die Fälle mit unbeglichenen Privatrechnungen. Neben den persönlichen Daten werden in dieser Liste auch die Rechnungsnummer, die Fallnummer, der Tarif, die Gesamtsumme der Rechnung, das Druckdatum, der offene Betrag sowie der Mahnstatus angezeigt.


Sie können diese Liste nach jeder Spalte sortieren. Oberhalb der Liste befindet sich ein Suchfeld. In diesem Suchfeld können Sie in der sortierten Spalte nach Inhalten suchen, um einen bestimmten Eintrag zu finden.

Rechts daneben sind die Gesamtanzahl der Fälle sowie die Gesamtsumme der offenen Posten dargestellt.

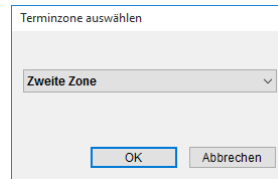
Am Ende der Liste befindet sich die Spalte „Mahnstufe“. In dieser Spalte zeigt Ihnen das Programm an, auf welcher Mahnstufe der Patient sich befindet. Ist die Zeit bis zum Erreichen der nächsten Mahnstufe verstrichen, erhöht das Programm beim Drucken der Mahnung selbständig die Mahnstufe. Folgende Einträge können sich in dieser Spalte befinden:

- |                |   |
|----------------|---|
| <kein Eintrag> | Es wurde noch keine Mahnung gedruckt. Wenn die Zeit bis zur 1. Mahnung (Erinnerung) überschritten wurde, wird bei Auswahl der Schaltfläche <Alle Mahnungen drucken> automatisch die 1. Mahnung (Erinnerung) gedruckt. (Die Zeit bis zum Erreichen der jeweiligen Mahnstufe kann im Programm <i>MEDICAL OFFICE</i> Datenpflege unter [System]⇒ [Abrechnende Ärzte]⇒ <Mahnwesen> eingestellt werden.) |
| 1              | Die 1. Mahnung (Erinnerung) wurde schon gedruckt. Wenn die Zeit bis zur 2. Mahnung überschritten wurde, wird bei Auswahl der Schaltfläche <Alle Mahnungen drucken> automatisch die 2. Mahnung gedruckt.   |
| 2              | Die 2. Mahnung wurde schon gedruckt. Wenn die Zeit bis zur 3. Mahnung überschritten wurde, wird bei Auswahl der Schaltfläche <Alle Mahnung drucken> automatisch die 3. Mahnung gedruckt.  |
| 3              | Die 3. Mahnung wurde schon gedruckt. An dieser Stelle sollten Sie überlegen andere Maßnahmen zu ergreifen...  |
| 4              | Der Patient steht auf der 4. Mahnstufe. Dies kann bedeuten, dass sich die Rechnung bereits beim Rechtsanwalt befindet.  |

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit dieser Schaltfläche können Sie die Liste der offenen Posten ausdrucken. Mit einem Klick auf den entsprechenden Spaltenkopf können Sie vorab die Spalte festlegen, nach der die Liste sortiert werden soll.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus. Diese Menüoption ist nur bei lizenziertem Organisationsmodul vorhanden.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen für die markierten Einträge aufrufen.

Patient aufrufen	Eingabe
Alles markieren	Strg+A
Rechnung vollständig ausgleichen	Leertaste
Rechnung teilausgleichen	Strg+Leertaste
Mahnung drucken	Strg+M
Mahnstufe zurücksetzen	
Einstellungen	Strg+E
Rechnung anzeigen	Strg+R
Rechnung ausblenden	Entf
In Zwischenablage kopieren	Strg+C

### [Patienten aufrufen]

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm *MEDICAL OFFICE* aufgerufen.

---

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

---

### [Alles markieren Strg+A]

Mit dieser Funktion werden alle Einträge der Tabelle markiert.

### [Rechnung vollständig ausgleichen]

Diese Option verhält sich ähnlich, wie die Option [Rechnung ausgleichen]. Allerdings wird der Dialog "Rechnungsausgleich" nicht angezeigt. Stattdessen geht das Programm davon aus, dass der komplette Rechnungsbetrag überwiesen wurde.

Diese Option ist in der Ambulanzversion von *MEDICAL OFFICE* nicht vorhanden.

### [Rechnung teilausgleichen]

Mit dieser Option können Sie einen Betrag für den markierten Eintrag ausgleichen. Dazu wird Ihnen der Dialog "Rechnungsausgleich" angezeigt. Er ist für das Gegenbuchen der Beträge verantwortlich.

In diesem Dialog befinden sich drei Felder. In dem Datumsfeld können Sie das Datum der Zahlung erfassen. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Im Feld |Gezahlter Betrag| ist als Vorgabe der Gesamtbetrag der Rechnung eingetragen. Im Feld |Offener Betrag inkl. Mahngebühren| wird die Summe aus offener Betrag und den angefallenen Mahngebühren angezeigt. Der zugehörige Patient steht in der Titelzeile dieses Dialogs. Bei Eingabe des gezahlten Betrags wird dieser vom offenen Betrag abgezogen. Ergibt die Differenz 0,00 gilt die Rechnung als bezahlt und der Patient wird aus der Liste entfernt. Ergibt die Differenz aus |offener Betrag inkl. Mahngebühren| und |gezahlter Betrag| den Betrag der Mahngebühren (Der Patient hat also den Rechnungsbetrag, aber nicht die Mahngebühren bezahlt.), gilt die Rechnung ebenfalls als bezahlt. Sofern Sie die Mahngebühr weiter als offenen Posten verfolgen wollen, müssen Sie einen zusätzlichen Fall bei diesem Patienten erfassen und dort die Mahngebühren erfassen und mahnen.

Ergibt sich eine andere Differenz, erscheint folgender Dialog:

Wählen Sie die Option |Weiterführen des Differenzbetrages als offenen Posten| wird der Betrag weiterhin als offener Posten geführt.

Wird die Option |Differenzbetrag als Nachlass| behandeln aktiviert, wird die Originalrechnung mit einem Nachlass versehen, der dem Differenzbetrag entspricht. (Dieser Nachlass wird als Sachkosten mit der Ziffer 0 auch im Krankenblatt dokumentiert. Er kann dort gegebenenfalls auch wieder entfernt werden.) Die neue Rechnung kann im Anschluss gleich ausgedruckt werden.

#### [Mahnung drucken]

Hiermit werden für die markierten Einträge die Mahnungen gedruckt, wenn die entsprechende Mahnstufe erreicht wurde. Es erscheint der Dialog für die Auswahl des Druckers.

#### [Mahnstufe zurücksetzen]

Hiermit können Sie die Mahnstufe zurücksetzen, falls es beim Drucken der Mahnung zu Papierstau oder anderen Störungen gekommen ist.

#### [Einstellungen]

Hinter dieser Menüoption verbirgt sich ein Dialog zum Erfassen/Ändern der Mahntexte sowie zur Einstellung der Anzahl der zu druckenden Exemplare. Es erscheint der Dialog "Einstellungen":

The dialog box 'Einstellungen' contains the following settings:

Mahnstufe	Text	Zeit in Tagen	Mahngebühr
1. Mahnstufe	Sicherlich ist es Ihrer Aufmerksamkeit entgangen unsere unten aufgeführte Rechnung zu begleichen. Wir bitten um alsbaldige Erstattung.	30	0,00
2. Mahnstufe	Trotz unserer Erinnerung haben wir bis zum heutigen Zeitpunkt noch keinen Zahlungseingang von unten genannter Rechnung erhalten. Wir bitten um sofortige Überweisung.	45	5,00
3. Mahnstufe	Wir haben Sie bis jetzt 2 - mal erinnert an unten aufgeführte offene Rechnung. Wenn wir nicht innerhalb weniger Tage den Eingang verbuchen können, werden wir gerichtliche Schritte einleiten.	60	10,00

Additional settings:

- Anzahl Exemplare: 1
- Buttons: OK, Abbrechen

In diesem Dialog können Sie die Mahntexte für die einzelnen Mahnungen bearbeiten. Einen Zeilenumbruch innerhalb des Eingabefeldes können Sie erzwingen, in dem Sie die Tasten **Strg** + **Enter** gemeinsam drücken. Zu jeder Mahnstufe können Sie die Zeit bis zum Erreichen dieser Mahnstufe sowie ggf. eine Mahngebühr erfassen.

Das Feld |Anzahl Exemplare| gibt an, wie viel Exemplare der Mahnung ausgedruckt werden sollen. Mit <OK> speichern Sie Ihre Eingaben und verlassen den Dialog.

---

**Hinweis:** Mit diesem Dialog ändern Sie die Mahntexte nur für die aktuelle Sitzung. Um die Mahntexte dauerhaft zu speichern, müssen Sie diese im Programm *MEDICAL OFFICE* Datenpflege unter [System] ⇒ [Abrechner] ⇒ ◀Mahnwesen ▶ verändern.

---

#### [Rechnung anzeigen]

Hiermit wird die Rechnung angezeigt.

#### [Rechnung ausblenden]

Mit dieser Funktion wird der Eintrag aus der Liste entfernt. Bei der nächsten Ermittlung der Offenen Posten ist dieser entfernte Eintrag wieder in der Liste aufgeführt.

#### [In Zwischenablage kopieren]

Falls Sie die Tabelle in einem anderen Programm zu Weiterverarbeitung benötigen, können Sie diese hier in die Zwischenablage kopieren.

## Archiv

Mit dieser Menüoption können Sie sich alle gestellten Rechnungen in einem bestimmten Zeitraum ermitteln lassen. Bei Auswahl dieser Menüoption wird Ihnen der Dialog "Rechnungsarchiv" angezeigt.

Auf diese Menüoption haben nur Nutzer Zugriff, die für den angezeigten abrechnenden Arzt das Recht „Statistik“ und das Recht zur Abrechnung des jeweiligen Kostenträgers besitzen.

Dialog "Rechnungsarchiv"

### Schablone

In dieser Liste werden die dem aktuellen Nutzer freigegebenen Schablonen angezeigt. Schablonen werden im Datenpflegesystem unter [System]⇒[Abrechner] auf der Registerkarte <Schablonen> definiert.

✓ **Tip:** Mit Hilfe von Schablonen können Sie fallspezifische Einschränkungen für die Ermittlung der Rechnungen vornehmen.

### Betriebsstätte

Mit diesem Feld können Sie die Offenen Posten auf eine Betriebsstätte beschränken. Hierbei gilt die im Fall des Patienten eingestellte Betriebsstätte.

### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie die Offenen Posten auf einen Leistungserbringer beschränken. Hierbei gilt der im Fall des Patienten eingestellte Leistungserbringer.

### Abfrageart

Mit dieser Auswahlliste legen Sie fest, auf was sich der Zeitraum bezieht. Zur Wahl stehen:

- Rechnungslegung im Zeitraum,
- Zahlungseingänge im Zeitraum,
- Leistungsdatum im Zeitraum.

Wird als Abfrageart "Leistungsdatum" ausgewählt, werden auch gesperrte Rechnungen angezeigt. In der Spalte Gesamtbetrag steht dann "gesperrt".

### von ... bis ...

Mit Hilfe dieser Felder legen Sie fest, innerhalb welchen Zeitraums die gedruckten Rechnungen bzw. Zahlungseingänge betrachtet werden sollen. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Geben Sie in diesen Feldern kein Datum ein, werden alle Privatrechnungen berücksichtigt.

### Nur stornierte Rechnungen

Mit Hilfe dieser Option können Sie die Ermittlung der gestellten (gedruckten) Rechnungen auf die stornierten Rechnungen reduzieren. Hierbei werden die Rechnungen betrachtet, deren Status auf <storniert> steht.

### Versandart

Mit dieser Option können Sie festlegen, ob alle Rechnungen oder nur Rechnungen der PVS ermittelt werden sollen.

**Ambulant***nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden nur alle ambulanten Rechnungen berücksichtigt.

**Stationär***nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden nur alle stationären Rechnungen berücksichtigt.

**Konsilarbeh.**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf &lt;Konsiliaruntersuchung&gt; eingestellt ist.

**Stat. Mitbehandlung**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf &lt;stat. Mitbehandlung&gt; eingestellt ist.

**Notfälle**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe auf &lt;Notfall&gt; eingestellt ist.

**Sonstige**

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen ermittelt, deren Scheinuntergruppe nicht gesetzt wurde.

**Tarife**

Mit den Optionen, die zur Gruppe Tarif gehören, können Sie festlegen, welche Tarife bei der Suche berücksichtigt werden sollen. Um einen Tarif an-/abzuwählen, klicken Sie diesen mit der linken Maustaste doppelt an. Zum Zeichen, dass ein Tarif ausgewählt ist, wird in der zweiten Spalte der Tabelle ein „X“ angezeigt.

Klicken Sie auf die Schaltfläche <OK> beginnt das Programm die Offenen Posten entsprechend Ihren Vorgaben zu ermitteln. Während der Ermittlung wird am unteren Rand eine Fortschrittsanzeige eingeblendet. Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

Patient	Kostenträger	Rech.-Nr.	Nr.	Tarif	Gesamtbetrag	offen seit	offener Betrag	Mahnst.
Höln, Agathe		1439791	139770	Basis	5,60	01.05.2017		
Olson, Asdsdsd von der	Freibler, Hugo	39883	139833	Privat	17,94	23.05.2017		
Olson, Asdsdsd von der	Freibler, Hugo	39804	139836	Privat	-17,94	23.05.2017		


In dieser Liste sehen Sie die Patienten mit Ihren Privatrechnungen. Neben den persönlichen Daten werden in dieser Liste auch die Rechnungsnummer, der Tarif, die Gesamtsumme der Rechnung, das Druckdatum, der offene Betrag sowie die Mahnstufe angezeigt. Befindet sich im Feld Tarif eine Zahl, handelt es sich um die ID eines gelöschten Tarifs. Dem System ist der Klurname des Tarifs nicht mehr bekannt.

Sie können diese Liste nach jeder Spalte sortieren. Oberhalb der Liste befindet sich ein Suchfeld. In diesem Suchfeld können Sie in der sortierten Spalte nach Inhalten suchen, um einen bestimmten Eintrag zu finden.

Rechts daneben sind die Gesamtanzahl der Fälle sowie die Gesamtsummen dargestellt.

Am Ende der Liste befindet sich die Spalte „Mahnstufe“. In dieser Spalte zeigt Ihnen das Programm an, auf welcher Mahnstufe der Patient sich befindet.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit dieser Schaltfläche können Sie die Liste ausdrucken. Mit einem Klick auf den entsprechenden Spaltenkopf können Sie vorab die Spalte festlegen, nach der die Liste sortiert werden soll. Ist im Programm die Ambulanzabrechnung aktiviert, wird eine detaillierte Liste erzeugt. Auf dieser Liste sind für jede Rechnung die allg. Kosten und besonderen Kosten bzw. die stationäre Minderung aufgeführt. Als Zusammenfassung sind zusätzlich die allg. und bes. Kosten bzw. die stationäre Minderung getrennt nach ärztlichen, technischen, Labor- bzw. Ergänzungsleistungen aufgeführt.

#### Details der Liste

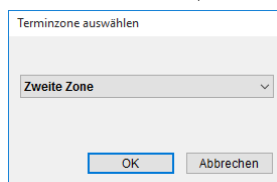
Nachfolgend werden die Inhalte der Spalten der „Liste gestellter Rechnungen“ erläutert. Die Spalten beziehen sich immer auf die konkrete Rechnung.

„Ärztl. Leistungen“	Leistungen der GOÄ, die als ärztliche Leistungen deklariert wurden. Bei stationären Rechnungen handelt es sich um die ungeminderten Beträge.
„Techn. Leistungen“	Leistungen der GOÄ, die als technische Leistungen deklariert wurden. Bei stationären Rechnungen handelt es sich um die ungeminderten Beträge.
„Laborleistungen“	Leistungen der GOÄ, die als Laborleistungen deklariert wurden. Bei stationären Rechnungen handelt es sich um die ungeminderten Beträge.
„Zuschläge“	Leistungen der GOÄ, die als Zuschläge deklariert wurden. Bei stationären Rechnungen handelt es sich um die ungeminderten Beträge.
„Sonstige“	individuelle Leistungen (z.B. Analogziffern) die als allg. Kosten definiert wurden.
„allg. KH-Sachkosten“	allg. Kosten der Leistungen (Spalte 5 DKGNT)
„bes. KH-Sachkosten“	bes. Kosten der Leistungen (Spalte 4 DKGNT)
„KH-Abgabe“	richtet sich nach der Vertragsart des Abrechners und den dort angegebenen prozentualen Angaben für ambulante und stationäre Fälle. Bei ambulanten Fällen erfolgt eine prozentuale Abgabe von den um die allg. Kosten reduzierten Leistungen. Bei stationären Fällen von „Altvertraglern“ erfolgt eine prozentuale Abgabe von den um die allg. Kosten reduzierten stationären Leistungen. Bei stationären Fällen von „Neuvertraglern“ erfolgt eine prozentuale Abgabe gemäß §7 BPFIV.
„Medikamentenkosten“	als sonstige Sachkosten definierte individuelle Gebührenziffern. In der Regel rechnet man so die Medikamentenkosten ab.
„§6a GOÄ Minderung“	die Minderung stationärer Fälle wird hier aufgelistet.
„Rechnungsbetrag“	Rechnungsbetrag der Rechnung.
„offener Betrag“	noch nicht bezahlter Anteil des Rechnungsbetrags der Rechnung.


Die Felder unter der Liste sind kumulierte Darstellungen der Spalten:

Sachkosten:	Summe der Spalten allgemeine und besondere Kosten
Summe Medikamente:	Summe der Spalte Medikamente
Arztkosten inkl. Minderung:	Summe der Spalten ärztl., techn., Lab., Zuschl. und Sonstige (inkl. Minderung bedeutet, dass hier die Minderung nicht rausgerechnet ist)
Summe Minderung:	Summe der Minderungen nach §6a GOÄ
Arztkosten:	Summe der Spalten ärztl., techn., Lab., Zuschl. und Sonstige abzüglich der Minderungen und der allg. Kosten
Kostenerstattung (ambulante Fälle):	abrechnerspezifische prozentuale Abgabe aller um die allgemeinen Kosten reduzierten Leistungen der ambulanten Fälle
40% Kostenerstattung (stationäre Fälle):	40% der Leistungen des Kapitels A, E, M und O des Gebührenverzeichnisses (nur Neuvertrager)
20% Kostenerstattung (stationäre Fälle):	20% der übrigen Abschnitte des Gebührenverzeichnisses (nur Neuvertrager)
Kostenerstattung (stationäre Fälle):	abrechnerspezifische prozentuale Abgabe aller Leistungen der stationären Fälle

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus. Diese Menüoption ist nur bei lizenziertem Organisationsmodul vorhanden.

 Mit diesem Symbol können Sie einzelne oder die gesamte Liste als PDF-Dokumente exportieren. Hierzu erscheint ein Dialog, in welchem Sie den Ordner für die PDF-Dokumente angeben. Bitte beachten Sie, dass nur Rechnungen als PDF-Dokumente exportiert werden können, die nach dem Update III/2017 erstellt wurden.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen für die markierten Einträge aufrufen.

Patient aufrufen	Eingabe
Alles markieren	Strg+A
Rechnung anzeigen	Strg+R
Rechnung freigeben	Strg+F
Export in csv-Datei	Strg+E

#### [Patienten aufrufen]

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

#### [Alles markieren Strg+A]

Mit dieser Funktion werden alle Einträge der Tabelle markiert.

#### [Rechnung anzeigen]

Hiermit wird die Rechnung angezeigt.

#### [Rechnung freigeben STRG+F]

Mit Hilfe dieser Funktion können Sie alle markierten Rechnungen freigeben. Die Rechnungen erhalten dann einen Status als wären sie noch nie gedruckt worden. Die Rechnungen werden anschließend aus der Liste der gestellten Rechnungen entfernt.

🌟 **Hinweis:** Es werden nur Rechnungen freigegeben, die noch nicht bezahlt sind.

#### [Export in csv-Datei]

Mit dieser Option werden die angezeigten Rechnungen in eine csv-Datei exportiert.

#### [Export in GDPdU-Datei]

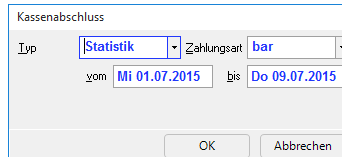
Mit dieser Option werden die angezeigten Rechnungen in eine GDPdU-konforme-Datei exportiert.

## Kassenabschluss

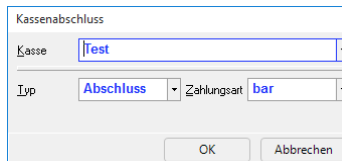
Mit Hilfe dieses Menüpunktes können Sie einen Kassenabschluss durchführen bzw. sich eine Statistik der Kassenabschlüsse anzeigen lassen. Auf diese Menüoption haben nur Nutzer Zugriff, die für den angezeigten Abrechner das Recht „Fibu-Übergabe“ besitzen.

Bei Auswahl dieser Menüoption wird Ihnen der Dialog "Kassenabschluss" angezeigt. Das Aussehen des Dialogs ist davon abhängig, welche Art von Kasse Sie einsetzen.

Korrespondieren die Kassen mit den Abrechern („eine Kasse je Abrechner“) hat der Dialog folgendes Aussehen:



Wurden individuellen Kassen angelegt, hat der Dialog folgendes Aussehen:



Dialog "Kassenabschluß"



**Abr. Arzt      Kasse**

In diesem Feld wird Ihnen die Liste der Abrechner bzw. eine Liste der Kassen angezeigt, für die der aktuelle Nutzer eine Zugriffsberechtigung für „Fibu-Übergabe“ hat.

**Typ**

Mit Hilfe dieses Feldes wählen Sie die Tätigkeit aus, die Sie gerade durchführen möchten.

Abschluss      führt einen Kassenabschluss durch

Statistik      zeigt Ihnen die Statistik der Kassenabschlüsse an

Wird der Typ <Statistik> gewählt, blenden sich Datumsfelder ein mit denen Sie den zu betrachtenden Zeitraum wählen können.

**Zahlungsart**

Mit diesem Feld wählen Sie die Zahlungsart aus, für die Sie den Abschluss bzw. die Statistik durchführen möchten.

Nachdem Sie Typ und Zahlungsart festgelegt haben, erstellen Sie die Statistik mit Hilfe des Schalters <OK>.

Datum	Patient	Nr.	Nutzer	Typ	Betrag
27.04.15	Jahn, Ulrike, 02.11.1955		Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch	Rechnung	77,92
12.03.12	Kesse, Dr.med. Anton von, 07.05...		Hausärzte Arzthelferin	Praxisgebühr	10,00
07.09.11	Amor, 123456789 123456789 KL...		Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch	Rechnung	544,55
23.08.11	Iser, Bernhardt, 01.01.1926		Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch	Praxisgebühr	10,00
23.08.11	Egon Olsen [5]		Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch	Barzahlung (Kaffeekasse)	11,00
22.09.09	Iser, Bernhardt, 01.01.1926		Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch	Praxisgebühr	-10,00

Im Arbeitsbereich sehen Sie die einzelnen Buchungsvorgänge. Zu jedem Vorgang werden das Datum, der Patient, die Belegnummer, der ausführende Nutzer, der Typ sowie der Betrag angezeigt. Es wird sowohl für eine positive Buchung (Zahlung) als auch für eine Gutschrift (Auszahlung) ein Vorgang angelegt. Aus diesem Grund, erscheinen auch negative Beträge in der Liste. Mit einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste können Sie den zugehörigen Patienten aufrufen. Handelt es sich um patientenunabhängige Barkassenbuchungen wird im Feld Patient eine Datensatznummer angezeigt.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

< Liste drucken >

pp

Mit dieser Schaltfläche können Sie die Liste ausdrucken. Mit einem Klick auf den entsprechenden Spaltenkopf können Sie vorab die Spalte festlegen, nach der die Liste sortiert werden soll. Ist im Programm die Ambulanzabrechnung aktiviert, wird eine detaillierte Liste erzeugt. Auf dieser Liste sind für jede Rechnung die allg. Kosten und besonderen Kosten bzw. die stationäre Minderung aufgeführt. Als Zusammenfassung sind zusätzlich die allg. und bes. Kosten bzw. die stationäre Minderung getrennt nach ärztlichen, technischen, Labor- bzw. Ergänzungsleistungen aufgeführt.

#### <Exportieren>

Dieses Symbol erscheint nur, wenn Sie sich die Statistik eines Zeitraums anzeigen lassen. Hiermit können die Buchungen des gewählten Kassenabschlusses in eine \*.csv Datei exportiert werden. Die \*.csv Datei hat folgende Spalten:

Belegnr;Datum;Einzahler;Nutzer;Zahlungsart;Typ;Verwendung;Betrag;Rechnungsnr;Abrechner;Patnr;Fallnr

#### <Abschluss>

Mit der Schaltfläche <Abschluss> schließen Sie diese Buchungen ab. Es erscheint der Dialog „Neuer Kassenanfangsbestand“.

Das Dialogfenster 'Neuer Kassenanfangsbestand' zeigt ein Eingabefeld für den Betrag, das mit '0,00' beschriftet ist und 'EUR' daneben steht. Unten befinden sich zwei Schaltflächen: 'OK' und 'Abbrechen'.

Hiermit legen Sie den fest, welcher Betrag in der Kasse verbleibt. Nachdem Sie den Dialog bestätigt haben, druckt das Programm eine Liste aller Buchungen.

Wird der Typ <<Statistik>> ausgewählt, erscheint eine ähnliche Liste. In dieser sehen Sie die durchgeführten Abschlüsse sowie den Nutzer, der sie durchgeführt hat. Mit einem Doppelklick auf einen Abschluss werden Ihnen die darin befindlichen Buchungen angezeigt.

## Buchhaltungsübergabe

Mit Hilfe dieses Menüpunktes ist es möglich, Daten aus *MEDICAL OFFICE* in ein importfähiges Buchhaltungsprogramm zu übernehmen. Es erscheint der Dialog "Buchhaltungsübergabe".

Das Dialogfenster 'Buchhaltungsübergabe' enthält folgende Elemente:

- Ein Dropdown-Menü für 'Schablone'.
- Ein Dropdown-Menü für 'Betriebsstätte' mit dem Wert '<Alle>'.
- Ein Dropdown-Menü für 'Leistungserbringer' mit dem Wert '<Alle>'.
- Einige Kontrollkästchen für Filterkriterien:
  - Ambulant
  - Stationär
  - Konsiliarbeh.
  - stat. Mitbeh.
  - Notfälle
  - Sonstige
- Ein Kontrollkästchen für 'Zeitraumfilter' mit dem Wert 'Rechnungsdatum' (aktiviert) und 'Leistungsdatum' (deaktiviert).
- Ein Zeitraumfilter mit den Feldern 'Zeitraum\_yom' und 'bis'.
- Ein Bereich 'Tarife' mit einer Liste von Auswahlmöglichkeiten, die jeweils mit einem Kontrollkästchen versehen sind:
  - Privat
  - Postbeamte B
  - Bundesbahn (KVB I-III)
  - Postbeamte Dienstunfälle
  - Bundesbahn Dienstunfälle
  - Knappschaft
  - Ambulantes Operieren
  - Kasse direkt
  - EBM Sachkosten
  - DKG-NT
  - Privat mit MwSt.
  - Medikamentenkosten
  - Zuzahlung amb. Op.
  - Ambulante Behandlung §116b
  - Basistarif
  - Einfachtarif
- Am unteren Rand befinden sich zwei Schaltflächen: 'OK' und 'Abbrechen'.

Dialog "Buchhaltungsübergabe"

Auf diese Menüoption haben nur Nutzer Zugriff, die für den angezeigten abrechnenden Arzt das Recht „Statistik“, das Recht zur Abrechnung des jeweiligen Kostenträgers sowie das Recht „Fibu-Übergabe“ besitzen.

### Schablone

In dieser Liste werden die dem aktuellen Nutzer freigegebenen Schablonen angezeigt. Die Schablonen sind arztabhängig (sie ändern sich also entsprechend dem im Feld |Abr. Arzt| ausgewähltem Arzt) und werden im Datenpflegesystem unter [System]⇒ [Abrechnende Ärzte] auf der Registerkarte <Schablonen> definiert.

---

✓ **Tip:** *Mit Hilfe von Schablonen können Sie fallspezifische Einschränkungen für die Ermittlung der Rechnungen vornehmen.*

---

### Betriebsstätte

Mit diesem Feld können Sie die Buchhaltungsübergabe auf eine Betriebsstätte beschränken. Hierbei gilt die im Fall des Patienten eingestellte Betriebsstätte.

### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie die Buchhaltungsübergabe auf einen Leistungserbringer beschränken. Hierbei gilt der im Fall des Patienten eingestellte Leistungserbringer.

### Ambulant

*nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden nur alle ambulanten Rechnungen berücksichtigt.

### Stationär

*nur bei Ambulanzabrechnung*

Bei Aktivierung dieser Option werden nur alle stationären Rechnungen berücksichtigt.

### Konsiliarbeh.

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen betrachtet, deren Scheinuntergruppe auf <Konsiliaruntersuchung> eingestellt ist.

### Stat. Mitbehandlung

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen betrachtet, deren Scheinuntergruppe auf <stat. Mitbehandlung> eingestellt ist.

### Notfälle

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen betrachtet, deren Scheinuntergruppe auf <Notfall> eingestellt ist.

### Sonstige

Bei Aktivierung dieser Option werden alle Rechnungen betrachtet, deren Scheinuntergruppe nicht gesetzt wurde.

### Zeitraumfilter

*nur bei Fibu-Schnittstelle ASCII*

Mit diesen beiden Optionen legen Sie fest, wie der Zeitraum interpretiert werden soll.

### von ... bis ...

Mit Hilfe dieser Felder legen Sie fest, innerhalb welchen Zeitraums die zu übergebenen Rechnungen betrachtet werden sollen. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Geben Sie in diesen Feldern kein Datum ein, werden alle Rechnungen berücksichtigt.

### Tarife

Mit den Optionen, die zur Gruppe Tarif gehören, können Sie festlegen, welche Tarife bei der Suche berücksichtigt werden sollen. Um einen Tarif an-/abzuwählen, klicken Sie diesen mit der linken Maustaste doppelt an. Zum Zeichen, dass ein Tarif ausgewählt ist, wird in der zweiten Spalte der Tabelle ein „X“ angezeigt.

Mit der Schaltfläche <OK> lösen Sie die Ermittlung der Rechnungen aus. Während der Suche wird Ihnen eine Fortschrittsanzeige angezeigt. Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt. Der Arbeitsbereich stellt 2 Registerkarten zur Verfügung. <Fehler> und <Fälle>. Wurden Fehler gefunden, wird als Vorgabe die Registerkarte <Fehler> angezeigt. Hier können Sie die Fehler korrigieren.

Medical Office - Abrechnungssystem - Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch

Abrechner: Hausärztliche Praxis Lurch/ Panzer

Rechnungswesen

Buchhaltungsübergabe


Liste drucken Liste exportieren

Fälle: 0 ok 23 fehlerhaft Gesamtsumme: 0,00 EUR

Patient	Rech.-Nr.	Nr.	Tarif	Betrag	erstellt am	Fehler
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	99-32012	33524	Privat	255,52	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	99-31586	33950	Privat	10,72	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	99-26874	38662	Privat	67,21	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	0-23503	42033	Privat	155,70	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	0-22185	43351	Privat	94,95	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	0-17793	47743	Privat	63,41	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	1-12637	52899	Privat	250,94	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	1-8467	57069	Privat	202,11	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	1-5529	60007	Privat	3,15	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	203106	68642	Privat	3,15	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	211333	76869	Privat	244,64	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	317490	83026	Privat	3,15	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	320921	86457	Privat	359,30	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	321788	87324	Privat	10,72	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	430404	95940	Privat	117,68	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	4-26970	104102	Privat	358,93	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	4-22388	108694	Privat	24,79	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	5-19250	111822	Privat	103,82	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	5-14630	116442	Privat	24,59	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	5-6954	124118	Privat	24,59	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	6-2568	128504	Privat	185,67	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	20110016	139628	Privat	77,92	27.04.15	Erlösarten nicht definiert
Jahn, Ulrike, 02.11.1955	20110015	139833	PrivMwSt	50,00	27.04.15	Erlösarten nicht definiert

Fälle Fehler

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 **Übergabe** Mit Hilfe dieser Schaltfläche können Sie alle angezeigten Rechnung an die Fibu übergeben. Es erscheint der Dialog „Buchhaltungsübergabe“

Buchhaltungsübergabe

Buchungsdatum: 07.03.2003

Bemerkung:

OK Abbrechen

In diesem Dialog kann man ein Buchungsdatum eingeben. Dieses Datum wird in der Buchungsdatei benötigt und legt den Tag fest an dem die Rechnungen gebucht werden. Das bedeutet, dass z.B. alle am 12.03.03 exportierten Rechnungen am 31.12.2002 gebucht werden können. Bleibt das Buchungsdatum leer, wird das aktuelle Tagesdatum als Buchungsdatum übergeben. In der Akte des Patienten wird nach erfolgreicher Übergabe ein Statustext: "Fall an FIBU übergeben" eingetragen.

Das Feld "Bemerkung" wird nur in der Protokolldatei wiedergegeben.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.

Terminzone auswählen

Zweite Zone

OK Abbrechen

In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus. Diese Menüoption ist nur bei lizenziertem Organisationsmodul vorhanden.

### Fälle ... ok ... fehlerhaft

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Rechnungen abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

## Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen den zwei möglichen Ansichten wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der übergabefähigen Rechnungen an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der Fehler an.

### REGISTERKARTE <FÄLLE>

In dieser Liste sehen Sie die Namen der ermittelten Patienten, die Rechnungsnummer, die Fallnummer/Patientennummer, den zugehörigen Tarif sowie den Betrag der Rechnung und den Tag der Rechnungslegung.

Die Liste ist nach der Spalte Patient sortiert. Um eine Sortierung nach einer anderen Spalte vorzunehmen, klicken Sie einfach auf den Spaltenkopf der Spalte, nach der sortiert werden soll. In der sortierten Spalte können Sie suchen, indem Sie den Suchbegriff einfach auf der Tastatur eingeben. Die Markierung springt dann automatisch auf den gefundenen Eintrag.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für markierte Einträge zusätzliche Funktionen aufrufen:

Patient aufrufen	Eingabe
Alles markieren	Strg+A
Bereits gebucht	

#### [Patient aufrufen Enter]

Mit dieser Menüoption können Sie den markierten Patienten direkt in der MEDICAL OFFICE Zentrale aufrufen lassen.

#### [Alles markieren Strg+A]

Mit dieser Funktion werden alle Einträge der Tabelle markiert.

#### [bereits gebucht]

Mit dieser Funktion können festlegen, dass die markierte Rechnung nicht erneut gebucht wird. Sie wird aus der Liste entfernt und auf „gebucht“ gesetzt.

### REGISTERKARTE <FEHLER>

Patient	Rech.-Nr.	Nr.	Tarif	Betrag	erstellt am	Fehler
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	99-32012	33524	Privat	255,52	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	99-31586	33950	Privat	10,72	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	99-26874	38662	Privat	67,21	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	0-23503	42033	Privat	155,70	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	0-22185	43351	Privat	94,95	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	0-17793	47743	Privat	63,41	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	1-12637	52899	Privat	250,94	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	1-8467	57069	Privat	202,11	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	1-55129	60087	Privat	3,15	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	203106	68642	Privat	3,15	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	211333	76869	Privat	244,64	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	317490	83026	Privat	3,15	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	320921	86457	Privat	359,30	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	321788	87324	Privat	10,72	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	430404	95940	Privat	117,68	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	4-36970	104102	Privat	358,93	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	4-22388	106604	Privat	24,79	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	5-19250	111822	Privat	103,82	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	5-14630	116442	Privat	24,59	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	5-6954	124118	Privat	24,59	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	6-2568	128504	Privat	185,67	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	20110016	139628	Privat	77,92	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert
Jyhn, Ulrike, 02.11.1955	20110015	139833	Privatwst	50,00	27.04.15	Erlöskonten nicht definiert

Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der nicht buchungsfähigen Rechnungen angezeigt. Zu jeder Rechnung erscheinen der Name des Patienten, die Rechnungsnummer, die Patienten-/Fallnummer, der Tarif, der Betrag sowie die Beschreibung des Fehlers.

Der Prüflauf unterscheidet folgende Art von Fehlern:

**ROT** Dieser Fehler verhindert, dass die Rechnung gebucht werden kann. Er muss korrigiert werden. Zu dem Fehler wird immer eine Fehlerbeschreibung angezeigt.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen. Bei Fehlerinträgen hat das Kontextmenü folgenden Aufbau:

Patient aufrufen	Eingabe
Alles markieren	Strg+A

**[Patient aufrufen Enter]**

Mit dieser Menüoption können Sie den markierten Patienten direkt in der MEDICAL OFFICE Zentrale aufrufen lassen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Alles markieren Strg+A]**

Mit dieser Funktion werden alle Einträge der Tabelle markiert.

**FIBUÜBERGABE EINES KASSENBUCHES IN DER AMBULANZVERSION**

Es ist möglich auch die Kassenbücher automatisch an die FIBU-Software zu übergeben. Dies geht jedoch nur bei individuellen Kassen.

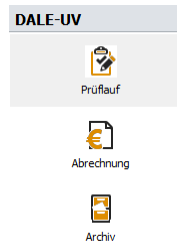
Man definiert dazu im Datenpflegesystem unter <Institution> in der Registerkarte <Bargeld-Kassen> zunächst einen eigenen Belegnummernkreis (dieser ist unabhängig vom Belegnummernkreis unter <Buchhaltung>) und für SAP gibt es noch die separate Definition eines Belegartkürzels und eines Buchungskreises.

Bei der Definition der Kasse wird dann ein Kassenkonto hinterlegt.

Wird nun ein Kassenabschluss durchgeführt, wird für eine Kasse, für die ein Buchungskonto angegeben wurde automatisch eine Fibuübergabedatei erzeugt und auf die in der Registerkarte <Buchhaltung> eingestellte Weise an das Buchhaltungsprogramm übergeben.

# DALE-UV

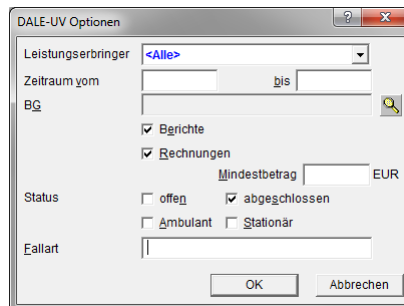
Das Kapitel DALE-UV beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe DALE-UV. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe DALE-UV aufrufen.



Die Funktionsgruppe DALE-UV ist nur bei lizenziertem BG-Modul verfügbar.

## Prüflauf

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf zur DALE-UV. Hierbei werden alle BG-Dokumente, die per DALE-UV Verfahren verschickt werden können auf Vollständigkeit geprüft und aufgelistet. Es erscheint der Dialog „DALE-UV-Optionen“.



Dialog „DALE-UV Optionen“

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Berichte konfigurieren.

### Leistungserbringer

Mit dieser Liste können Sie festlegen, für welchen Leistungserbringer der Prüflauf durchgeführt werden soll. Es wird der Leistungserbringer des Behandlungsfalles berücksichtigt.

### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Berichte aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

### BG

Mit diesem Feld haben Sie die Möglichkeit, eine BG auszuwählen. Mit Hilfe des Lupensymbols am rechten Rand greifen Sie auf die Datenbank der gespeicherten BG's zu. Es werden nur Fälle der ausgewählten BG ermittelt. Ist keine BG ausgewählt, gilt keine Einschränkung bezüglich der BG.

### Berichte

Mit dieser Option legen Sie fest, dass alle BG-Berichte ermittelt werden sollen.

## Rechnungen

Mit dieser Option legen Sie fest, dass alle BG-Rechnungen ermittelt werden sollen.

- ☛ **Hinweis:** *Werden beide Optionen aktiviert, werden ein eventuell vorhandener Primärbericht (D-Bericht, H-Bericht, Nachschaubericht oder Zwischenbericht) und die zugehörige Rechnung zu einem „Fall“ oder „Satz“ zusammengefasst. Einen solchen Satz erkennen Sie daran, dass der Bericht in der Liste auftaucht, die zugehörige Rechnung jedoch nicht. Stattdessen wird der Betrag der Rechnung beim Bericht angezeigt.*
- Wenn Sie diese Zusammenfassung nicht wünschen, aktivieren Sie jeweils nur eine Option zum Übertragen.*

## Mindestbetrag

Diese Option ist nur verfügbar, wenn die Option |Rechnungen| aktiviert wurde. Hier können Sie einen Betrag erfassen, der mindestens erreicht werden muss, damit die Rechnung verschickt wird.

## offen / abgeschlossen

Mit diesen Optionen legen Sie fest, ob nur abgeschlossene, nur offene oder beide Arten von Rechnungen bzw. BG-Berichten betrachtet werden sollen.

## Ambulant / stationär *nur bei aktivierter Ambulanzabrechnung oder Ambulanzversion*

Dieses Feld ist nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE verfügbar. Wird in diesem Feld ein Ambulanzkennzeichen (Es wird auf dem Abrechnungsschein vermerkt.) eingegeben, werden nur die Fälle dieser Ambulanz geprüft.

## Fallart *nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE*

Dieses Feld ist nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE verfügbar. Wird in diesem Feld ein Ambulanzkennzeichen (Es wird auf dem Abrechnungsschein vermerkt.) eingegeben, werden nur die Fälle dieser Ambulanz geprüft.

Nach Bestätigung des Dialogs mit <OK> wird der Prüflauf entsprechend der Vorgaben durchgeführt. Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

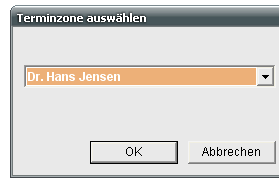
Patient	Nr.	Datum	Dokument	Fehler
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Unfallverhalten' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Art der D-Arzt-Erstversorgun...
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Keine Behandlung, weil' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Arbeitsfähig ab' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Arbeitsunfähig ab' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Unfallunabhängige Beeinträ...
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Befund' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Erstbehandlung durch' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Erstbehandlung am' fehlt

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.





In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

### Fälle ... ok ... fehlerhaft

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Berichte / Rechnungen abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

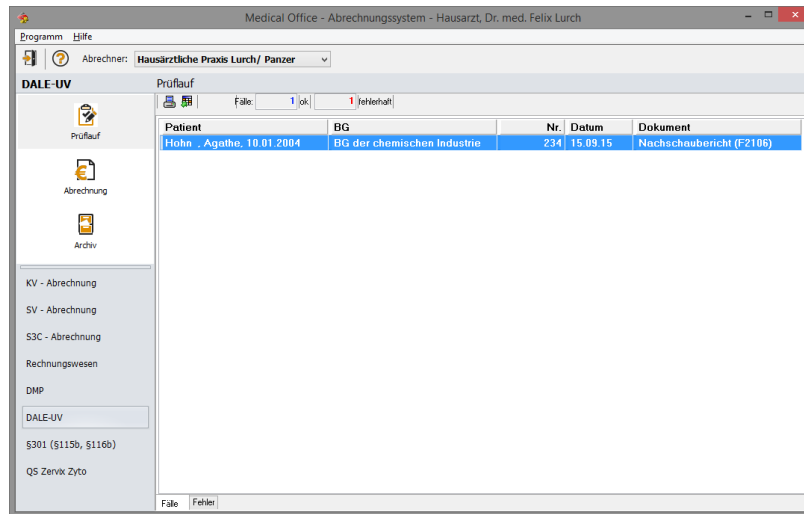
Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen den zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte / Rechnungen an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Berichte / Rechnungen an.

---

**Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Berichten/Rechnungen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

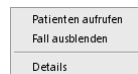
---

### REGISTERKARTE <FÄLLE>



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte angezeigt. Zu jedem Bericht erscheinen der zugehörige Patient, die BG, das Datum des Berichtes sowie die Bezeichnung des Berichtes.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.



#### [Patienten aufrufen]

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

---

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

---

#### [Fall ausblenden]

Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Fall vom aktuellen Versand ausgeschlossen.

#### [Details]

Hiermit können Sie sich den Bericht anzeigen lassen. Zurzeit ist sind nur die Details bei Rechnungen verfügbar.

## REGISTERSKARTE &lt;FEHLER&gt;

Patient	Nr.	Datum	Dokument	Fehler
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Unfallverhalten' fehlt
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Art der D-Arzt-Erstversorgung...
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Keine Behandlung, weil' fehlt
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Arbeitsfähig ab' fehlt
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Arbeitsunfähig ab' fehlt
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Unfallunabhängige Beeinträ...
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Befund' fehlt
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Erstbehandlung durch' fehlt
Hohn . Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Erstbehandlung am' fehlt

Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der fehlerhaften Berichte angezeigt. Zu jedem Bericht erscheint der zugehörige Patient, Datum und Bezeichnung des Berichtes sowie eine Beschreibung des Fehlers.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

Der Prüflauf unterscheidet zwei Arten von Fehlern:

**ROT** Dieser Fehler verhindert, dass der Bericht übertragen wird. Er muss korrigiert werden. Zu dem Fehler wird immer eine Fehlerbeschreibung angezeigt.

**GRÜN** Dieser Fehler verhindert nicht, dass der Bericht übertragen wird. Dieser Fehler könnte unter Verlust von Informationen ignoriert werden. (Fehlt beispielsweise zu einer Diagnose ein ICD-Code, der Fall enthält aber weitere Diagnosen, dann ist dieser Fall abrechnungsfähig.)

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen. Bei Fehlereinträgen hat das Kontextmenü folgenden Aufbau:

Patienten aufrufen
Fehlerlangtext anzeigen
Details

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Fehlerlangtext anzeigen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird Ihnen eine ausführliche Fehlerbeschreibung angezeigt.

**[Details]**

Bei bestimmten Fehlern (Fehler im Prüfmodul) wird hier auf eine externe Fehlerbeschreibung zurückgegriffen.


## Abrechnung

Mit dieser Funktion starten Sie die Abrechnung der BG-Berichte und Rechnungen mittels DALE-UV. Zur Einschränkung der zu ermittelnden Berichte erscheint der Dialog „Dale-UV-Optionen“. Er ist ab Seite 6-1 in diesem Handbuch ausführlich beschrieben. Hierbei werden alle BG-Berichte, die per DALE-UV Verfahren verschickt werden können auf Vollständigkeit geprüft und aufgelistet.

Patient	Nr.	Datum	Dokument	Fehler
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Unfallverhalten' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Art der D-Arzt-Erstversorgung...
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Keine Behandlung, weil' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Arbeitsfähig ab' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Arbeitsunfähig ab' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Unfallunabhängige Beeinträ...
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Befund' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Erstbehandlung durch' fehlt
Hohn, Agathe, 10.01.2004	234	18.09.14	D-Bericht (F1000)	'Erstbehandlung am' fehlt

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.

In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.


### Fälle ... ok ... fehlerhaft

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Berichte / Rechnungen abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

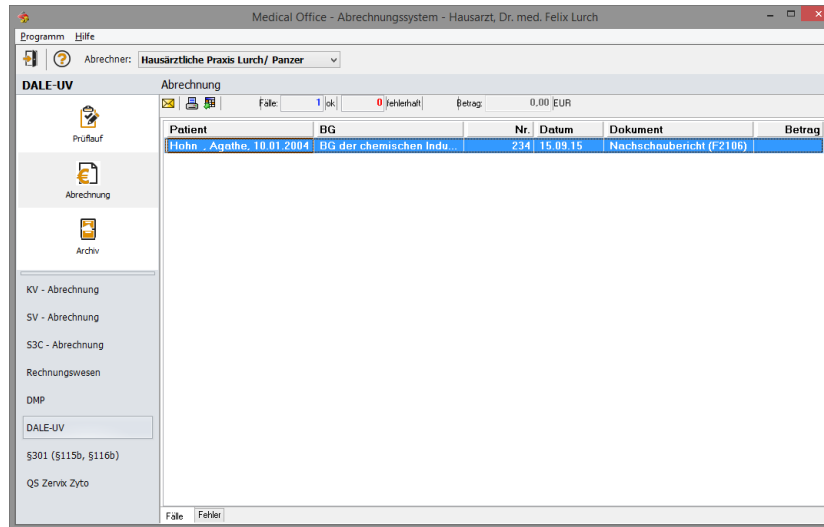
Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen den zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte / Rechnungen an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Berichte / Rechnungen an.

---

 **Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Berichten/Rechnungen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

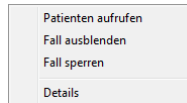
---

## REGISTERTARTE &lt;FÄLLE&gt;



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte angezeigt. Zu jedem Bericht erscheinen der zugehörige Patient, die BG, das Datum des Berichtes sowie die Bezeichnung des Berichtes.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für einen Bericht kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Fall ausblenden]**


Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Fall vom aktuellen Versand ausgeschlossen.

**[Fall sperren]**

Hiermit können Sie den Bericht sperren. Er wird nicht versendet. Er wird anschließend so behandelt, als wäre er versendet worden. Er wird in einer erneuten Abrechnung nicht ermittelt und ist im Archiv wie ein manuell abgerechneter Bericht (blau) zu finden.

**[Details]**

Hiermit können Sie sich den Bericht anzeigen lassen. Zurzeit ist sind nur die Details bei Rechnungen verfügbar.

Oberhalb des Arbeitsbereiches wird Ihnen zusätzlich das Symbol  angezeigt. Mit diesem Symbol übertragen Sie die hier angezeigten Berichte in das Programm MEDICAL OFFICE MailClient zum Versand an die BG. Die Bedienung des Programms MEDICAL OFFICE Mailclient ist im Handbuch zum MEDICAL OFFICE Mailclient beschrieben.

● **Hinweis:** Das System erkennt, ob einer der Fälle während der Anzeige im Abrechnungssystem bearbeitet wurde und der Prüflauf erneut notwendig ist und führt den Prüflauf beim Klick auf den Briefumschlag zum Versenden automatisch erneut durch.

## REGISTERTARTE &lt;FEHLER&gt;

Diese Registerkarte ist identisch mit der Registerkarte <Fehler> des Prüflaufes zur DALE-UV. Diese ist auf Seite 6-4 ausführlich beschrieben.

## Archiv

Mit dieser Funktion können Sie das Archiv der versendeten DALE - Berichte einsehen. Um die Auswahl einzugrenzen wird der Dialog „DALE-UV Archiv“ angezeigt.

Dialog „DALE-UV Archiv

Mit Hilfe dieses Dialoges können Sie die Ermittlung der archivierten Berichte filtern. Alle Optionen dieses Dialoges sind UND – verknüpft.

### Leistungserbringer

Mit dieser Liste können Sie festlegen, für welchen Leistungserbringer die Berichte ermittelt werden sollen. Es wird der Leistungserbringer des Behandlungsfalles berücksichtigt.

### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Berichte aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

### BG

Mit diesem Feld haben Sie die Möglichkeit, eine BG auszuwählen. Mit Hilfe des Lupensymbols am rechten Rand greifen Sie auf die Datenbank der gespeicherten BG's zu. Es werden nur Fälle der ausgewählten BG ermittelt. Ist keine BG ausgewählt, gilt keine Einschränkung bezüglich der BG.

### Dokumente

Mit diesen Optionen legen Sie die zu ermittelnden Berichte fest.

### Quittungsstatus fehlt / OK / Fehler

Mit diesen Optionen können Sie die Berichte/Rechnungen nach ihrem Quittungsstatus filtern. Es werden jeweils nur die Berichte/Rechnungen ermittelt, bei denen der angekreuzte Status zutrifft.

### Ambulant / Stationär

*nur bei aktivierter Ambulanzabrechnung*

Mit diesen Optionen legen Sie fest, welche Art von Fällen betrachtet werden sollen. Es können beide Optionen aktiviert werden.

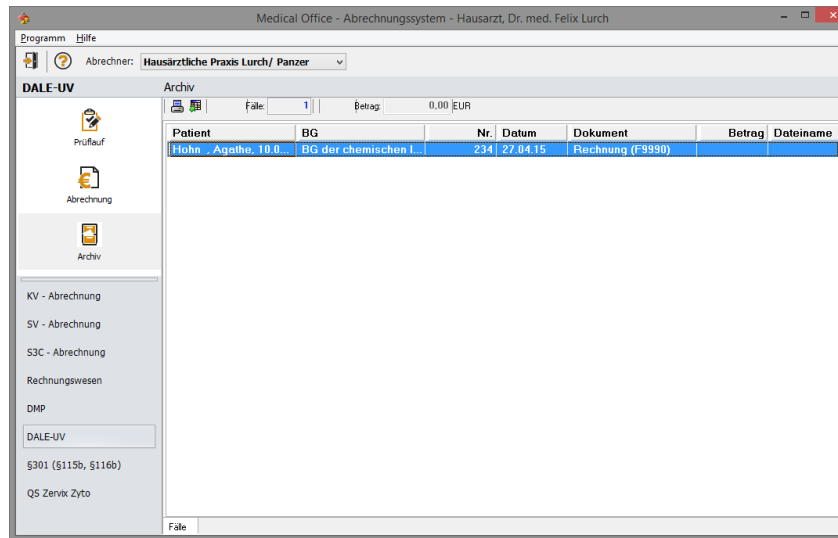
### Versandname

Hier können Sie einen Versandnamen (Dateinamen) eingeben. Es werden dann die Berichte/Rechnungen ermittelt, die mit dem diesem Namen versandt wurden.

### Fallart

Mit dieser Option können Sie eine Fallart angeben. Das Feld unterstützt eine BEGIN-Suche. Geben Sie also Anfangsbuchstaben ein, die für mehrere Fallarten zutreffen, werden auch mehrere Fallarten betrachtet.

Mit <OK> wird die Ermittlung der betreffenden Fälle veranlasst. Es erscheint auf der rechten Seite eine Tabelle mit dem Suchergebnis.

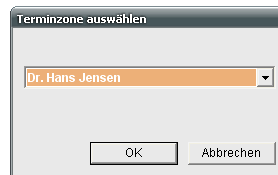


In dieser Tabelle werden Ihnen zu jedem Bericht der zugehörige Patient, die BG, die Nummer des Berichtes, das Datum der Absendung, die Art des Berichtes, der Betrag (nur bei Rechnungen) sowie der Dateiname angezeigt. Grüne Einträge sind elektronisch via DALE-UV abgerechnet/übertragen und bereits quittiert worden. Wenn bei Zahlungssätzen der Betrag der Rechnungssumme entspricht, wird der Fall grün dargestellt. Er wird hier ebenfalls grün dargestellt, wenn der Betrag nicht der Rechnungssumme entspricht. Graue Einträge sind elektronisch via DALE-UV abgerechnet/übertragen und noch nicht quittiert worden. Rote Einträge sind von der BG als fehlerhaft abgewiesen worden. Sie müssen korrigiert und erneut übertragen werden. Blaue Einträge sind manuell (Ausdruck) abgerechnet worden. Aus diesem Grund fehlt bei blauen Einträgen auch der Dateiname. Gelbe Einträge sind quittiert worden, enthielten aber leichte Fehler.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

#### Fälle ...

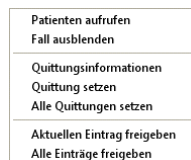
Mit diesem Feld erhalten Sie eine Information, wie viele Berichte / Rechnungen abgerechnet wurden.

#### Betrag..

In diesem Feld wird Ihnen die Summe der Beträge der abgerechneten Rechnungen angezeigt.

#### Kontextmenü

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie ein Kontextmenü zu den Einträgen der Liste aufrufen.



**[Patient aufrufen]**

Bei Auswahl dieser Menüoption wird das Krankenblatt des zugehörigen Patienten aufgerufen.

**[Fall ausblenden]**

Bei Auswahl dieser Menüoption wird der markierte Fall aus der Liste entfernt.

**[Quittungsinformationen]**

Bei Auswahl dieser Menüoption wird Ihnen angezeigt, ob und wann dieser Eintrag quittiert wurde. Zudem kann hier auf Inhalte einer Fehlermeldung zurückgegriffen werden.

**[Quittung setzen]**

Mit dieser Menüoption können Sie die Quittierung des aktuellen Eintrags manuell setzen.

**[Alle Quittungen setzen]**

Mit dieser Menüoption können Sie die Quittierung aller angezeigten Einträge manuell setzen.

**[Aktuellen Eintrag freigeben]**

Bei Auswahl dieser Menüoption wird dieser Eintrag wieder frei gegeben. Er erhält den Status als wäre er nicht verschickt worden. Gleichzeitig wird der Eintrag aus dieser Liste entfernt. Diese Funktion ist nicht auf gebuchte sowie bezahlte Rechnungen anwendbar.

**[Alle Einträge freigeben]**

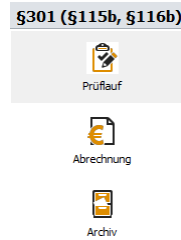
Bei Auswahl dieser Menüoption werden alle Einträge dieser Liste wieder frei gegeben. Sie erhalten den Status als wären sie nicht verschickt worden. Gleichzeitig werden freigegebene Einträge aus dieser Liste entfernt. Diese Funktion ist nicht auf gebuchte sowie bezahlte Rechnungen anwendbar.





## §301 (§115b, §116b, §120)

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe §301 zur Abrechnung der §115b, §116b und §120. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe §301 ist nur bei lizenziertem Modul „MEDICAL OFFICE „Ambulantes Operieren nach §115b“ bzw. „Ambulante Behandlung nach §116b“ verfügbar.

### Prüflauf

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf zur Abrechnung (§301). Hierbei werden alle Fälle auf Vollständigkeit geprüft und aufgelistet. Es erscheint der Dialog „§301 - Optionen“.

The screenshot shows a dialog box titled '§301 (§115b, §116b) - Optionen'. It contains the following fields and options:

- Zeitraum vom**: A date input field.
- bis**: A date input field.
- Kostenträger**: A text input field with a magnifying glass icon on the right.
- Mindestbetrag**: A text input field followed by 'EUR'.
- nur abgeschlossene Rechnungen**
- Fallart**: A text input field.
- Amb. Operieren nach §115b**
- Amb. Behandlung nach §116b**
- OK** and **Abbrechen** buttons at the bottom.

Dialog „§301 (§115b, §116b) - Optionen“

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

#### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Fälle aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

#### Kostenträger

Mit dieser Option schränken Sie die zu betrachtenden Kostenträger ein. Mit Hilfe des Lupensymbols am rechten Rand können Sie auf die Datenbank der Kostenträger zugreifen.

#### Mindestbetrag

Hier können Sie einen Betrag erfassen, der mindestens erreicht werden muss, damit die Rechnung verschickt wird.

#### Nur abgeschlossene Rechnungen

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Fälle betrachtet werden sollen.

### Fallart

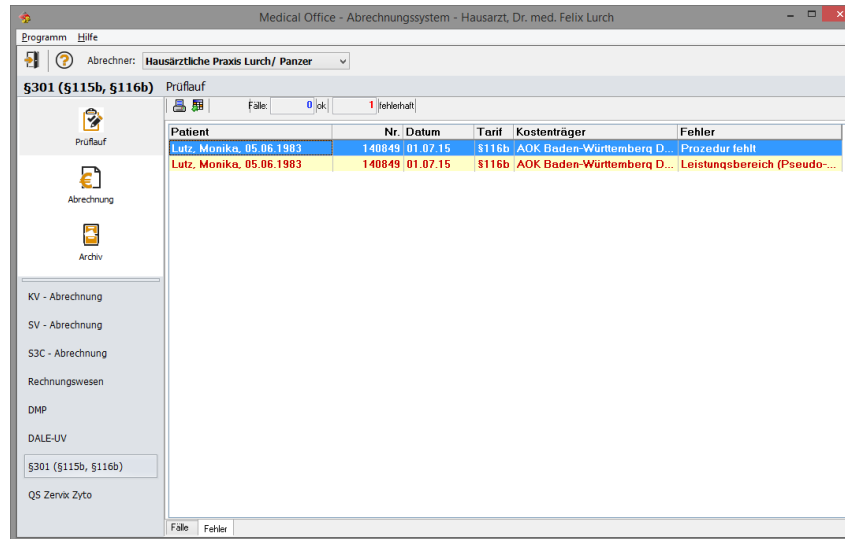
Dieses Feld ist nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE verfügbar. Wird in diesem Feld ein Ambulanzkennzeichen (Es wird auf dem Abrechnungsschein vermerkt.) eingegeben, werden nur Fälle dieser Ambulanz geprüft.

*nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE*

### Amb. Operieren nach §115b | Amb. Behandlung nach §116b

Mit diesen beiden Optionen können Sie festlegen, ob Sie die Fälle nach §115b oder §116b differenzieren wollen. Diese Optionen sind nicht verfügbar bei §120 Fällen.

Nach Bestätigung des Dialogs mit <OK> wird der Prüflauf entsprechend der Vorgaben durchgeführt. Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.




In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

### Fälle ... ok ... fehlerhaft

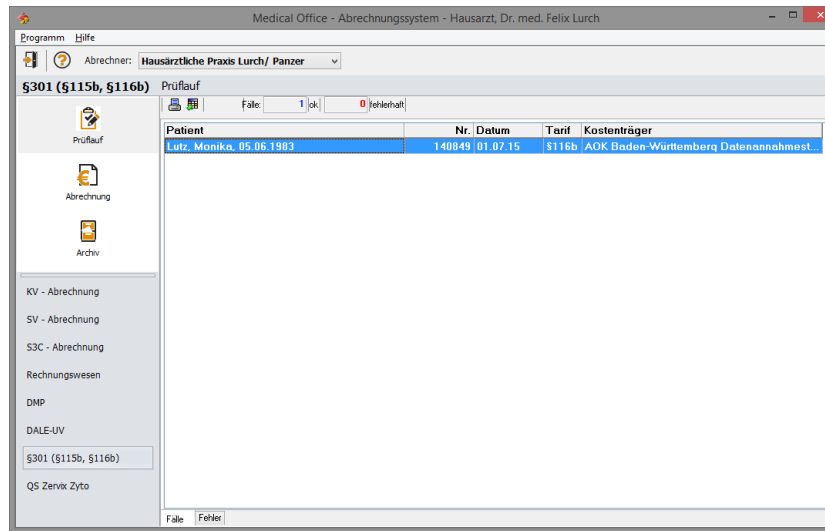
Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Fälle abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen den zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Fälle an.

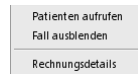
 **Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Fällen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

### REGISTERKARTE <FÄLLE>



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheint der zugehörige Patient, die Patientenummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum des Falls sowie die Bezeichnung des Kostenträgers.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.



#### [Patienten aufrufen]

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

---

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

---

#### [Fall ausblenden]

Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Fall vom aktuellen Versand ausgeschlossen.

#### [Rechnungsdetails]

Hiermit können Sie sich die zugehörige Rechnung anzeigen lassen.

## REGISTERTARTE &lt;FEHLER&gt;

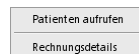
Patient	Nr.	Datum	Tarif	Kostenträger	Fehler
Lutz, Monika, 05.06.1983	140849	01.07.15	§116b	AOK Baden-Württemberg D...	Prozedur fehlt
Lutz, Monika, 05.06.1983	140849	01.07.15	§116b	AOK Baden-Württemberg D...	Leistungsbereich (Pseudo-...)

Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der fehlerhaften Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheinen der zugehörige Patient, die zugehörige Fall-Nummer, der Kostenträger sowie eine Beschreibung des Fehlers.

Der Prüflauf unterscheidet zwei Arten von Fehlern:

- ROT** Dieser Fehler verhindert, dass der Fall übertragen wird. Er muss korrigiert werden. Zu dem Fehler wird immer eine Fehlerbeschreibung angezeigt.
- GRÜN** Dieser Fehler verhindert nicht, dass der Fall übertragen wird. Dieser Fehler könnte unter Verlust von Informationen ignoriert werden. (Fehlt beispielsweise zu einer Diagnose ein ICD-Code, der Fall enthält aber weitere Diagnosen, dann ist dieser Fall abrechnungsfähig.)
- Wenn eine eingegebene Diagnose nicht endstellig kodiert ist, kommt eine grüne Fehlermeldung und die Diagnose wird nicht mit abgerechnet (bei §116b-Abrechnung). Bei Mehrfacheintragen von Leistungsbereichen (bei §116b-Abrechnung) kommt ebenfalls eine grüne Fehlermeldung und die Mehrfacheinträge werden nicht abgerechnet.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen. Bei Fehlereinträgen hat das Kontextmenü folgenden Aufbau:

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

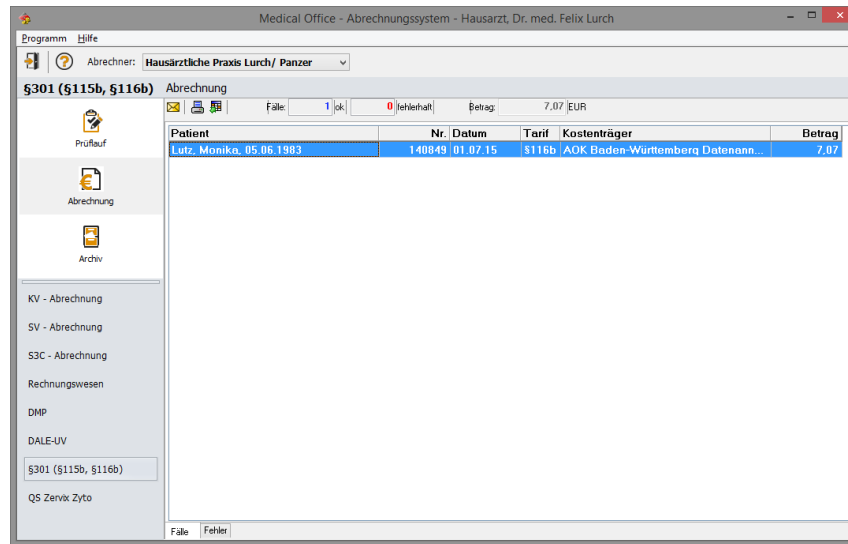
**[Rechnungsdetails]**

Mit dieser Menüoption können Sie sich die Rechnung des aktuellen Falls anzeigen lassen.

---

## Abrechnung

Mit dieser Funktion starten Sie die Abrechnung der Fälle nach §115b oder §116b. Zur Einschränkung der zu ermittelnden Fälle erscheint der Dialog „§301 - Optionen“. Er ist ab Seite 7-1 in diesem Handbuch ausführlich beschrieben. Vorab werden alle Fälle nochmals einem Prüflauf unterzogen.

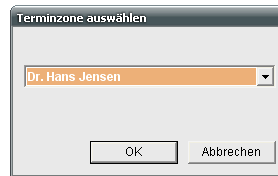


Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

Mit

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

#### Fälle ... ok ... fehlerhaft

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Fälle abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

#### Betrag

In diesem Fenster zeigt wird Ihnen der Gesamtbetrag der ermittelten Fälle angezeigt. Wenn Sie in die Spaltenüberschrift „Betrag“ klicken, können Sie den Inhalt nach dieser Spalte sortieren.

#### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

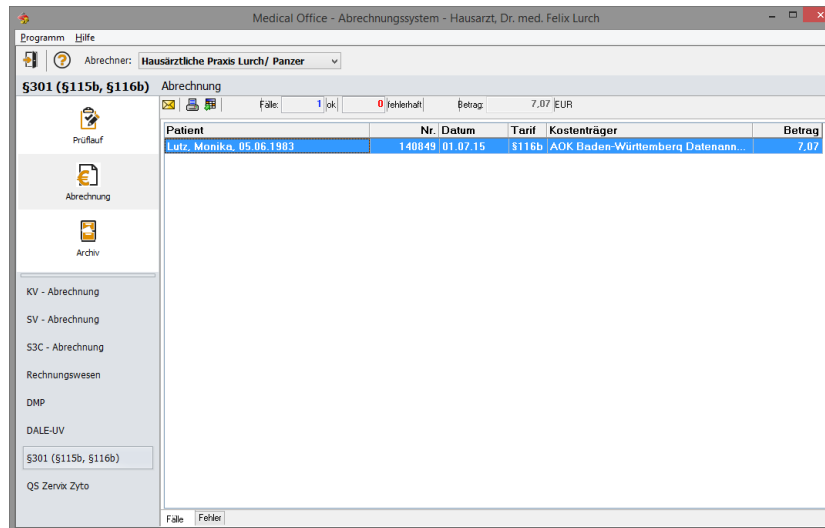
Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Fällen an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Berichte / Rechnungen an.

---

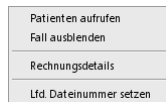
**Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Berichten/Rechnungen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

---

## REGISTERTARTE &lt;FÄLLE&gt;



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheint der zugehörige Patient, die Patientnummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum der Erstellung des Falls, der Kostenträger sowie der Rechnungsbetrag. Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für einen Bericht kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tip:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Fall ausblenden]**


Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Fall vom aktuellen Versand ausgeschlossen.

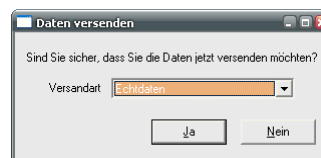
**[Rechnungsdetails]**

Mit dieser Menüoption können Sie sich die Rechnung des aktuellen Falls anzeigen lassen.

**[Lfd. Dateinummer setzen]**

Mit dieser Menüoption können Sie für den entsprechenden Fall die nach §301 erforderliche laufende Nummer je Kostenträger setzen. Diese Option ist nur verfügbar, wenn der aktuelle Nutzer über Administrator-Rechte verfügt. Diese Nummer darf nur im Notfall geändert werden.

Oberhalb des Arbeitsbereiches wird Ihnen zusätzlich das Symbol  angezeigt. Mit Hilfe dieses Symbols übertragen Sie die hier angezeigten Fälle. Dazu wird Ihnen der Dialog „Versandoptionen“ angezeigt:



Dialog „Versandoptionen“

Dieser Dialog bietet Ihnen folgende Optionen:

<Echtdaten>	Die Daten werden als Echtdaten (nach §301) bereitgestellt. Nach erfolgreichem Export werden die zugehörigen Fälle gesperrt.
<Testdaten>	Die Daten werden als Testdaten (nach §301) bereitgestellt. Nach erfolgreichem Export werden die zugehörigen Fälle nicht gesperrt.
<Echtdaten + Rechnungsdruck>	Die Daten werden als Echtdaten (nach §301) bereitgestellt. Außerdem werden die zugehörigen Rechnungen ausgedruckt. Nach erfolgreichem Export werden die zugehörigen Fälle gesperrt.
<Testdaten>	Die Daten werden als Testdaten (nach §301) bereitgestellt. Außerdem werden die zugehörigen Rechnungen ausgedruckt. Nach erfolgreichem Export werden die zugehörigen Fälle nicht gesperrt.

Mit <Ja> lösen Sie den Export der Daten in das Exportverzeichnis aus.

**Hinweis:** Die Definition des Exportverzeichnisses erfolgt abrechnerspezifisch im Datenpflegesystem unter [System] ⇒ [Abrechner] auf der Registerkarte <AmbOp>.

## REGISTERKARTE <FEHLER>

Diese Registerkarte ist identisch mit der Registerkarte <Fehler> des Prüflaufes zur DALE-UV. Diese ist auf Seite 7-4 ausführlich beschrieben.

## Archiv

Mit dieser Funktion können Sie das Archiv der versendeten Fälle §301 (§115b, §116b) einsehen. Um die Auswahl einzugrenzen wird der Dialog „§301 (§115b, §116b) - Optionen“ angezeigt.

Dialog „§301 (§115b, §116b) – Optionen“

**Hinweis:** Im Archiv werden nur als „Echtdaten“ verwendete Dateien gespeichert. Testdaten werden nicht im Archiv gespeichert.

Mit Hilfe dieses Dialoges können Sie die Ermittlung der archivierten Fälle filtern. Alle Optionen dieses Dialogs sind UND – verknüpft.

### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Fälle aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

### Dateinummer

In diesem Feld können Sie eine Dateinummer vorgeben sofern Sie diese wissen. Es werden dann nur die Fälle ermittelt, die in der Datei mit dieser Nummer übertragen wurden.

### Rechnungsnummer

In diesem Feld können Sie eine Rechnungsnummer vorgeben sofern Sie diese wissen. Es wird dann nur der Fall mit dieser Rechnungsnummer ermittelt.

### Kostenträger

Mit diesem Feld haben Sie die Möglichkeit, einen Kostenträger auszuwählen. Mit Hilfe des Lupensymbols am rechten Rand greifen Sie auf die Datenbank der gespeicherten Kostenträger zu. Es werden nur Fälle des ausgewählten Kostenträgers ermittelt. Ist keine Kostenträger ausgewählt, gilt keine Einschränkung.

### Mindestbetrag

Hier können Sie einen Betrag erfassen, der mindestens erreicht werden muss, damit die Rechnung verschickt wird.

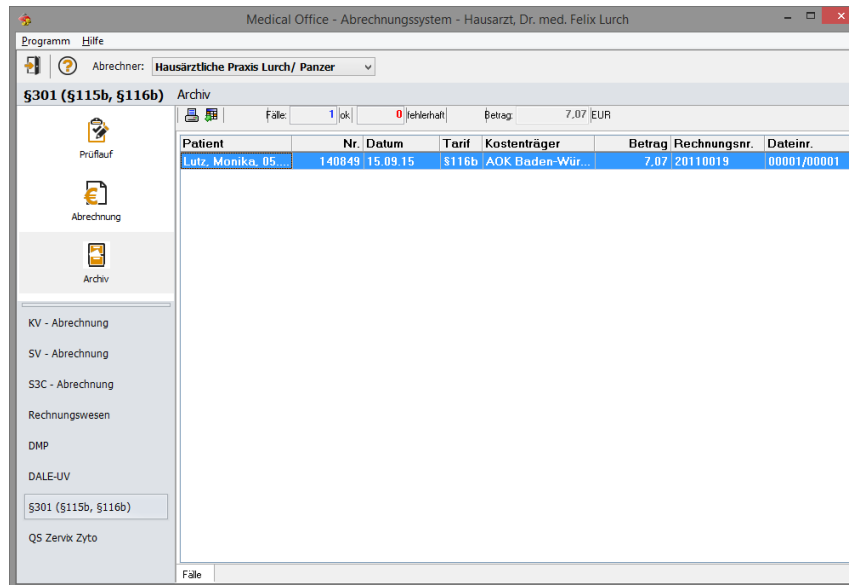
### Fallart

Mit dieser Option können Sie eine Fallart angeben. Das Feld unterstützt eine BEGIN-Suche. Geben Sie also Anfangsbuchstaben ein, die für mehrere Fallarten zutreffen, werden auch mehrere Fallarten betrachtet.

### Amb. Operieren nach §115b | Amb. Behandlung nach §116b

Mit diesen beiden Optionen können Sie festlegen, ob Sie die Fälle nach §115b oder §116b differenzieren wollen. Diese Optionen sind bei §120 Fällen nicht sichtbar.


Mit <OK> wird die Ermittlung der betreffenden Fälle veranlasst. Es erscheint auf der rechten Seite eine Tabelle mit dem Suchergebnis.

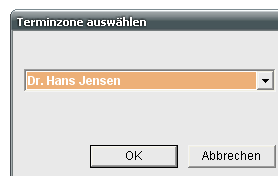


In dieser Tabelle werden Ihnen zu jedem Fall der zugehörige Patient, die Patientenummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum der Absendung, der Kostenträger, der Betrag sowie der Dateiname und die Dateinummer angezeigt. Wenn bei Zahlungssätzen der Betrag der Rechnungssumme entspricht, wird der Fall grün dargestellt. Er wird hier ebenfalls grün dargestellt, wenn der Betrag nicht der Rechnungssumme entspricht. Der Fall wird rot dargestellt, sobald eine Fehlernachricht vorliegt. Sie müssen korrigiert und erneut übertragen werden.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

### Fälle ...

Mit diesem Feld erhalten Sie eine Information, wie viele Fälle abgerechnet wurden.

### Betrag...

In diesem Feld wird Ihnen die Summe der Beträge der abgerechneten Fälle angezeigt.



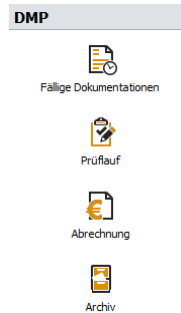
**Quittungsinformationen**

Bei Auswahl dieser Menüoption wird Ihnen angezeigt, ob und wann dieser Eintrag quittiert wurde. Zudem kann hier auf Inhalte einer Fehlermeldung zurückgegriffen werden.



# DMP

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe DMP. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe DMP ist nur bei lizenziertem Modul „MEDICAL OFFICE Abrechnung DMP“ verfügbar.

## Fällige Dokumentationen

Mit dieser Funktion ermitteln Sie die fälligen Dokumentationsbögen Ihrer Patienten. Es wird der Dialog „DMP-Optionen“ angezeigt.

Das Dialogfenster 'DMP - Optionen' enthält folgende Elemente:

- Zeitraum vom: [ ] bis: [ ]
- Betriebstätte: <Alle>
- Leistungserbringer: <Alle>
- Berichtstypen (Zulassungsnr.):
 

Berichtstypen	Zulassungsnr.
<input checked="" type="checkbox"/> Asthma	Y/103/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Brustkrebs	Y/101/0801/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> COPD	Y/105/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus I	Y/104/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus II	Y/100/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> KiHK	Y/102/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Koloskopie	Y/50/0801/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Hautkrebs Screening	Y/53/0901/36/210
<input type="checkbox"/> eHKS Knappschaft	
- Fallart: [ ]
- Buttons: OK, Abbrechen

Dialog „DMP - Optionen“

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Berichte konfigurieren.

### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Fälle aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

Geben Sie keinen Zeitraum an, werden alle vorhandenen offenen Dokumentationen ermittelt und in grün angezeigt. Hierbei werden die Daten im Bogen (Dokumentationsintervall / Nächste Dokumentation am) nicht betrachtet.

Mit Zeitraumangabe: Gleiche Funktionalität wie oben. Zusätzlich werden in blau alle Patienten angezeigt für die im angegebenen Zeitraum eine Dokumentation erfasst werden müsste. Hierbei wird das Datum des letzten versandten Bogens im Krankenblatt berücksichtigt und je nach Dokumentationsintervall 3 oder 6 Monate aufaddiert. Wenn das dabei ermittelte Datum im Zeitraum liegt wird der Bogen in blau mit in der Liste angezeigt.

#### Betriebsstätte

Mit Hilfe dieses Feldes können Sie festlegen, dass nur DMP-Bögen die für eine bestimmte Betriebsstätte erfasst wurden ermittelt werden. Als Vorgabe ist in diesem Feld der Eintrag <alle> aktiviert.

#### Leistungserbringer

Mit Hilfe dieses Feldes können Sie festlegen, dass nur DMP-Bögen, die einem bestimmten Leistungserbringer zugeordnet wurden ermittelt werden. Als Vorgabe ist in diesem Feld der Eintrag <alle> aktiviert.

#### Berichtstypen

Mit diesen Optionen legen Sie fest, welche Berichte berücksichtigt werden sollen.

Nach Bestätigung des Dialogs mit <OK> wird der Suchlauf entsprechend der Vorgaben durchgeführt.

## Prüflauf

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf zur Abrechnung DMP. Es erscheint der Dialog „DMP - Optionen“.

Berichtstypen	Zulassungsnr.
<input checked="" type="checkbox"/> Asthma	Y/103/0807/36/2/10
<input checked="" type="checkbox"/> Brustkrebs	Y/101/0801/36/2/10
<input checked="" type="checkbox"/> COPD	Y/105/0807/36/2/10
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus I	Y/104/0807/36/2/10
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus II	Y/100/0807/36/2/10
<input checked="" type="checkbox"/> KHK	Y/102/0807/36/2/10
<input checked="" type="checkbox"/> Koloskopie	Y/50/0801/36/2/10
<input checked="" type="checkbox"/> Hautkrebs Screening	Y/53/0901/36/2/10
<input type="checkbox"/> eHKS Knappschaft	

Dialog „DMP - Optionen“

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Berichte konfigurieren.

#### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Fälle aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

#### Betriebsstätte

Mit Hilfe dieses Feldes können Sie festlegen, dass nur DMP-Bögen die für eine bestimmte Betriebsstätte erfasst wurden ermittelt werden. Als Vorgabe ist in diesem Feld der Eintrag <alle> aktiviert.

#### Leistungserbringer

Mit Hilfe dieses Feldes können Sie festlegen, dass nur DMP-Bögen, die einem bestimmten Leistungserbringer zugeordnet wurden ermittelt werden. Als Vorgabe ist in diesem Feld der Eintrag <alle> aktiviert.

#### Berichtstypen

Mit diesen Optionen legen Sie fest, welche Berichte ermittelt werden sollen.

### Berichtsstatus offen | abgeschlossen

Mit diesen Optionen legen Sie fest, ob alle angelegten (offene) oder nur die als abgeschlossen gekennzeichneten Berichte ermittelt werden sollen.

### Fallart

*nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE*


Dieses Feld ist nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE verfügbar. Wird in diesem Feld ein Ambulanzkennzeichen (Es wird auf dem Abrechnungsschein vermerkt.) eingegeben, werden nur Berichte der zugehörigen Ambulanz geprüft.

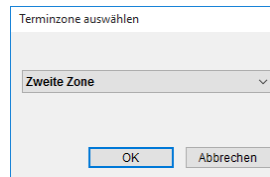
Nach Bestätigung des Dialogs mit <OK> wird der Prüflauf entsprechend der Vorgaben durchgeführt. Während der Ermittlung der Fälle werden diese sofort durch das zuständige KBV-Prüfmodul kontrolliert. Diese Kontrolle kann je nach Leistungsfähigkeit des Arbeitsplatzes und Anzahl der Berichte einige Zeit in Anspruch nehmen.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.


### Fälle ... ok ... fehlerhaft

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Fälle abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

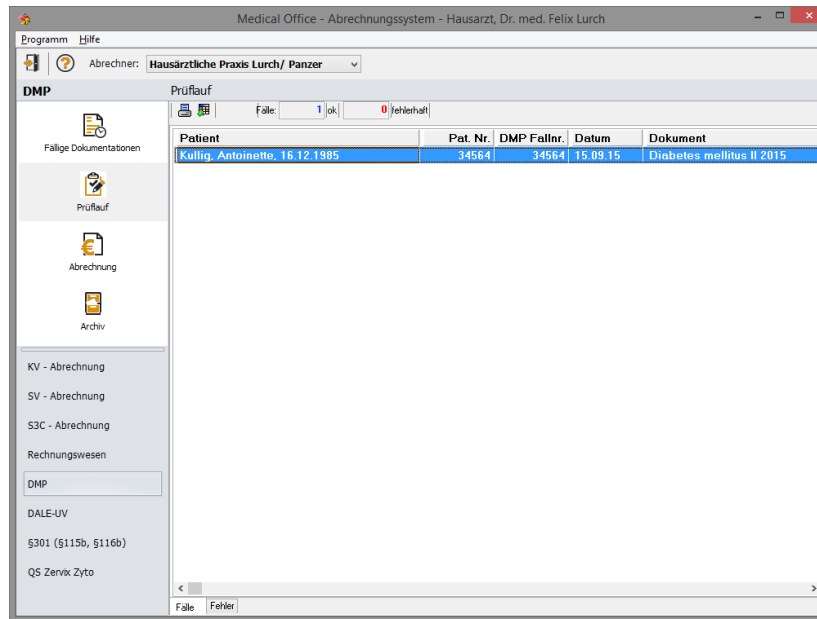
Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen den zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Berichte an.

---

 **Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Fällen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

---

## REGISTERKARTE &lt;FÄLLE&gt;



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte angezeigt. Zu jedem Bericht erscheint der zugehörige Patient, die Patientenummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum des Berichtes sowie die Bezeichnung des Berichtes und die Annahmestelle.

Wenn die Annahmestelle nicht eindeutig ist, dann wird die Annahmestelle ocker dargestellt und kann über Kontextmenü geändert werden. Diese Einstellung wird IK-bezogen für die DMP-Art im Abrechner gespeichert. Bei weiteren Abrechnungen wird dann automatisch diese Annahmestelle vorgeschlagen.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

Patienten aufrufen  
Fall ausblenden

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

---

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

---

**[Fall ausblenden]**

Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Bericht vom aktuellen Versand ausgeschlossen.

## REGISTEKARTE &lt;FEHLER&gt;

Patient	Pat. Nr.	Datum	Dokument	Fehler
Kullig, Antoinette, 16.12.1...	34564	15.09.15	Diabetes mellitus II	Fußstatus: fehlt
Kullig, Antoinette, 16.12.1...	34564	15.09.15	Diabetes mellitus II	Unterschriftsdatum: fehlt

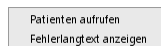
Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der fehlerhaften Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheint der zugehörige Patient, die zugehörige Patientennummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum der Erstellung des Berichtes, die Art des Berichtes sowie eine Beschreibung des Fehlers.

Der Prüflauf unterscheidet zwei Arten von Fehlern:

**ROT** Dieser Fehler verhindert, dass der Fall übertragen wird. Er muss korrigiert werden. Zu dem Fehler wird immer eine Fehlerbeschreibung angezeigt.

**GRÜN** Dieser Fehler verhindert nicht, dass der Fall übertragen wird. Dieser Fehler könnte unter Verlust von Informationen ignoriert werden. (Fehlt beispielsweise zu einer Diagnose ein ICD-Code, der Fall enthält aber weitere Diagnosen, dann ist dieser Fall abrechnungsfähig.)

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen. Bei Fehlereinträgen hat das Kontextmenü folgenden Aufbau:

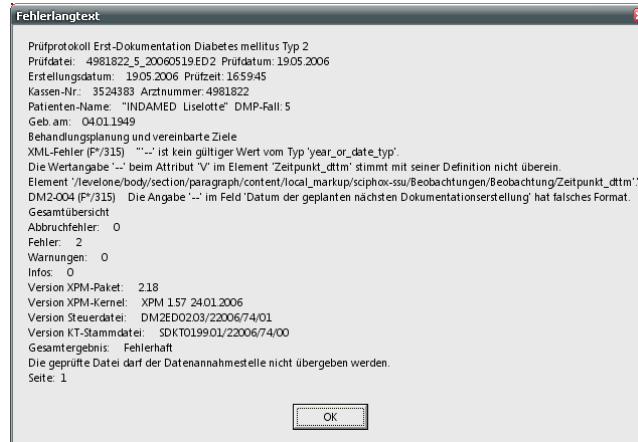
**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tip:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Fehlerlangtext anzeigen]**

Mit Hilfe dieser Menüoption können Sie sich eine ausführliche Beschreibung des Fehlers anzeigen lassen. Es erscheint ein Fenster, welches z.B. so aussieht:



Aus dieser Fehlerbeschreibung gehen alle nötigen Informationen zur Beseitigung des Fehlers hervor.

**Hinweis:** Damit DMP-Dokumentationen, die versehentlich auf Privatfällen erfasst wurden oder keinen Fallbezug haben, nicht mehr untergehen, werden sie im Abrechnungslauf als fehlerhafte Dokumentationen ausgewiesen.

## Abrechnung


Mit dieser Funktion starten Sie die Abrechnung der DMP-Berichte. Zur Einschränkung der zu ermittelnden Berichte erscheint der Dialog „DMP. - Optionen“. Er ist ab Seite 8-2 in diesem Handbuch ausführlich beschrieben. Es werden alle Berichte aufgelistet, die den Vorgaben des Dialoges entsprechen.

Während der Ermittlung der Fälle werden diese sofort durch das zuständige KBV-Prüfmodul kontrolliert. Diese Kontrolle kann je nach Leistungsfähigkeit des Arbeitsplatzes und Anzahl der Berichte einige Zeit in Anspruch nehmen.

Anschließend erscheint das Ergebnis im Arbeitsbereich.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

### Fälle ... ok ... fehlerhaft

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Berichte abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

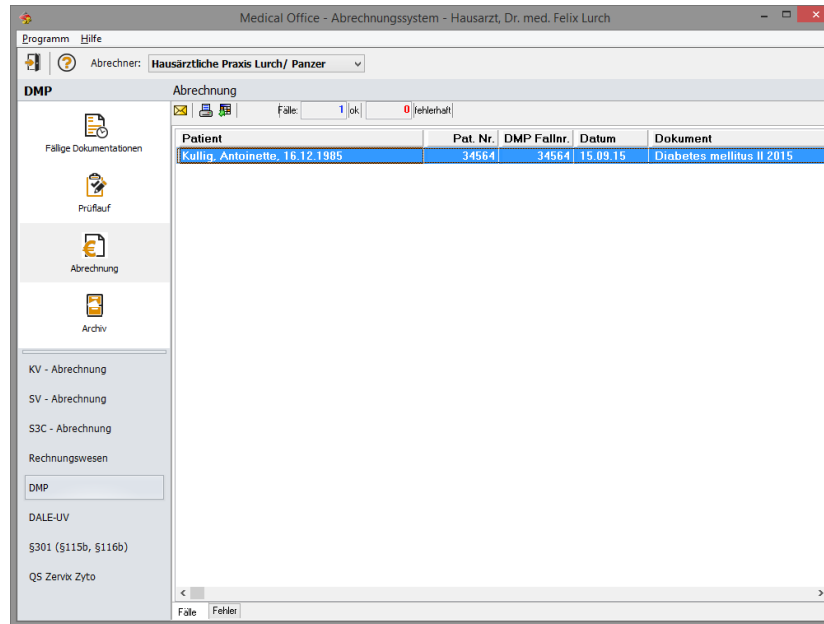
### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Berichte an.

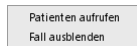
**Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Berichten/Rechnungen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.



## REGISTERTARTE &lt;FÄLLE&gt;



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Berichte angezeigt. Zu jedem Bericht erscheint der zugehörige Patient, die Patientennummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum der Erstellung des Berichtes sowie die Art des Dokumentes. Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für einen Bericht kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

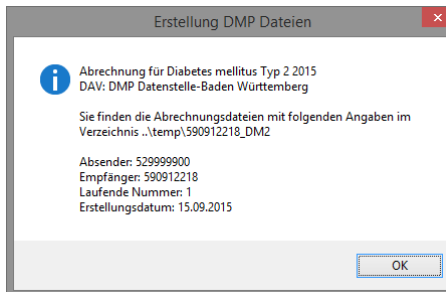
✓ **Tip:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Fall ausblenden]**

Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Bericht vom aktuellen Versand ausgeschlossen.

Oberhalb des Arbeitsbereiches wird Ihnen zusätzlich das Symbol angezeigt. Mit Hilfe dieses Symbols exportieren Sie die hier angezeigten Berichte.

Mit <Ja> lösen Sie den Export der Daten in das Exportverzeichnis aus. Nach erfolgreichem Export erscheint ein Dialog mit den wichtigsten Daten zur gespeicherten Datei.



**Hinweis:** Die Definition des Exportverzeichnisses erfolgt abrechnerspezifisch im Datenpflegesystem unter [System]⇒[Abrechner] auf der Registerkarte <DMP>.

## REGISTERKARTE <FEHLER>

Diese Registerkarte ist identisch mit der Registerkarte <Fehler> des Prüflaufes zur DMP-Abrechnung. Diese ist auf Seite 8-5 ausführlich beschrieben.

## Archiv

Mit dieser Funktion können Sie das Archiv der versendeten Berichte einsehen. Um die Auswahl einzuzugrenzen wird der Dialog „DMP - Optionen“ angezeigt.

Berichtstypen	Zulassungsnr.
<input checked="" type="checkbox"/> Asthma	Y/103/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Brustkrebs	Y/101/0801/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> COPD	Y/105/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus I	Y/104/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus II	Y/100/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> KHK	Y/102/0807/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Koloskopie	Y/50/0801/36/210
<input checked="" type="checkbox"/> Hautkrebs Screening	Y/53/0901/36/210
<input type="checkbox"/> eHKS Knappschaft	

Dialog „DMP - Archiv“

**Hinweis:** Im Archiv werden nur als „Echtdaten“ verwendete Dateien gespeichert. Testdaten werden nicht im Archiv gespeichert.

Mit Hilfe dieses Dialoges können Sie die Ermittlung der archivierten Fälle filtern. Alle Optionen dieses Dialogs sind UND – verknüpft.

### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Berichte aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumfeld gilt als <unendlich>.

### Berichtstypen

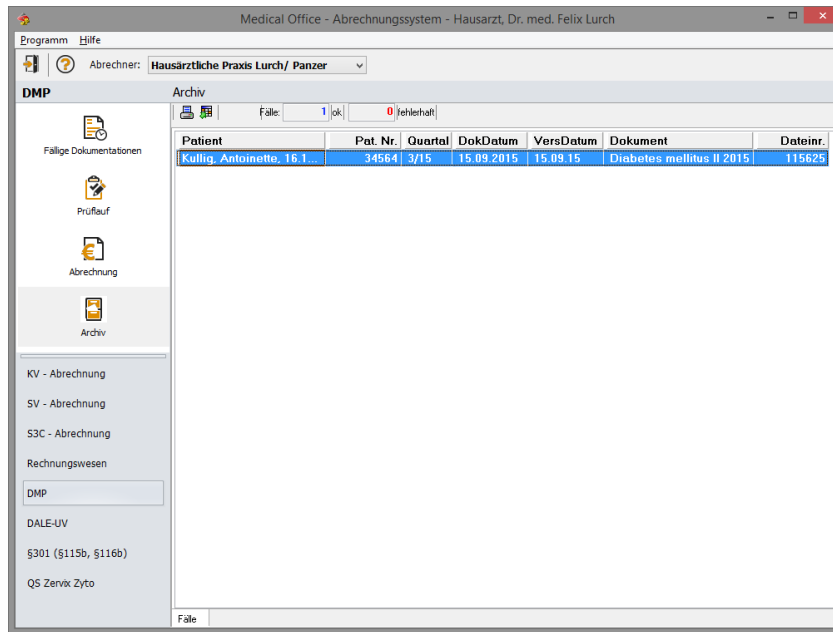
Mit diesen Optionen legen Sie fest, welche Typen von BMP-Berichten ermittelt werden sollen. Aktivieren Sie die gewünschten Berichtstypen.

### Berichtsstatus | offen

### Fallart


Mit dieser Option können Sie eine Fallart angeben. Das Feld unterstützt eine BEGIN-Suche. Geben Sie also Anfangsbuchstaben ein, die für mehrere Fallarten zutreffen, werden auch mehrere Fallarten betrachtet.

Mit <OK> wird die Ermittlung der betreffenden Fälle veranlasst. Es erscheint auf der rechten Seite eine Tabelle mit dem Suchergebnis.



In dieser Tabelle werden Ihnen zu jedem Fall der zugehörige Patient, die Berichtsnummer, das Datum der Absendung sowie die Dokumentenart angezeigt. Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.

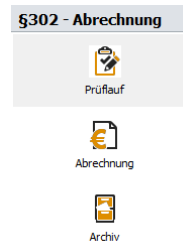


In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.



# KASSENABRECHUNG (§302)

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe Kassenabrechnung (§302). Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe Kassenabrechnung (§302) ist nur bei lizenziertem Modul „MEDICAL OFFICE Therapeutenmodul“ verfügbar. Der Abrechner muss als Heilmittelabrechner angelegt worden sein.

## Prüflauf

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf zur Kassenabrechnung (§302). Es erscheint der Dialog „§302 - Optionen“.

The screenshot shows a dialog box titled '§302 - Optionen'. It contains the following fields and options:
 

- 'Zeitraum vom' and 'bis' text boxes for date selection.
- 'Kostenträger' text box with a magnifying glass icon on the right.
- 'Mindestbetrag' text box followed by 'EUR'.
- A checked checkbox labeled 'nur abgeschlossene Rechnungen'.
- 'Fallart' text box.
- 'OK' and 'Abbrechen' buttons at the bottom.

Dialog „§302 - Optionen“

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

### Zeitraum von... bis...

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Fälle aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

### Kostenträger

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Kostenträgers ermittelt werden sollen. Mit Hilfe des Lupensymbols am rechten Rand können Sie auf die Datenbank der regionalen Kostenträger zugreifen.

### Mindestbetrag

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur Fälle ermittelt werden sollen, die einen bestimmten Mindestbetrag erreichen. Kein Eintrag gilt als 0 €.

### Nur abgeschlossene Rechnungen

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Fälle betrachtet werden sollen.

**Fallart***nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE*


Dieses Feld ist nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE verfügbar. Wird in diesem Feld ein Ambulanzkennzeichen (Es wird auf dem Abrechnungsschein vermerkt.) eingegeben, werden nur Fälle der zugehörigen Ambulanz geprüft.

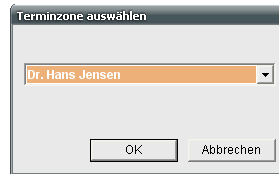
Nach Bestätigung des Dialogs mit <OK> wird der Prüflauf entsprechend der Vorgaben durchgeführt.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.


**Fälle ... ok ... fehlerhaft**

Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Fälle abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

**Registerkarten <Fälle> | <Fehler>**

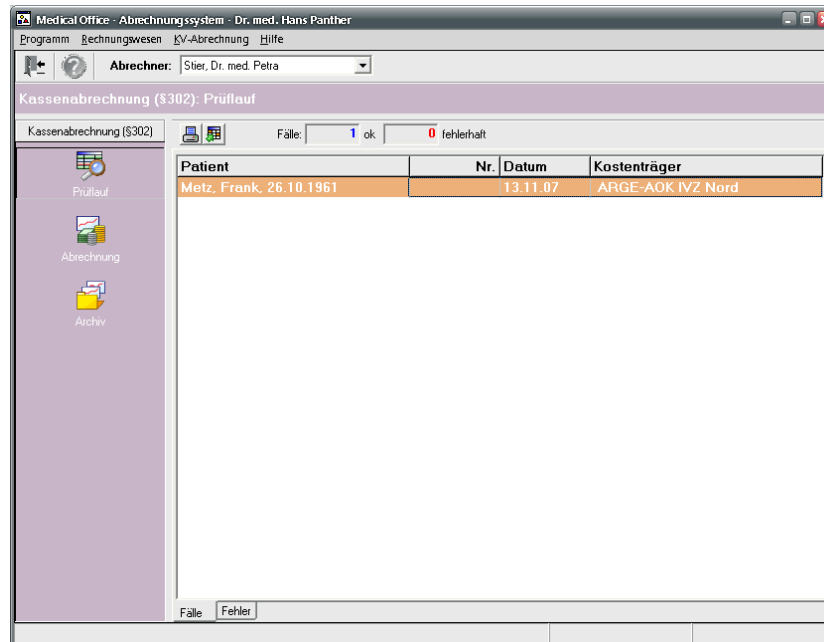
Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen den zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Fälle an.

---

 **Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Fällen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

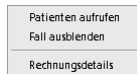
---

## REGISTERKARTE &lt;FÄLLE&gt;



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheint der zugehörige Patient, die Patientennummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Anlegedatum des Falls, die Bezeichnung des Kostenträgers sowie der Betrag.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Fall ausblenden]**

Mit dieser Menüoption wird der markierte Fall aus der Liste ausgeblendet.

**[Rechnungsdetails]**

Mit dieser Menüoption können Sie sich die Rechnung ansehen bzw. ausdrucken lassen.

## REGISTERSKARTE &lt;FEHLER&gt;

Patient	Nr.	Datum	Kostenträger	Fehler
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	IK-Nummer des Abr...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Datenannahmestell...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Postannahmestelle i...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	IK-Nummer des Kost...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Steuernummer des ...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Diagnose fehlt
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Patientenzuzahlung ...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Leistungen fehlen
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Medizinische Begrü...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Indikationsschlüssel...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Betriebsstättennum...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Ausstelldatum der V...
Bolika, Anna, 06.12....	34941	22.08.14	AOK Mecklenburg V...	Kostenträger unbek...
Massage, Otto, 12.0...	34950	07.03.14	AOK Die Gesundheit...	Versichertenstatus d...
Massage, Otto, 12.0...	34950	07.03.14	AOK Die Gesundheit...	Diagnose fehlt
Massage, Otto, 12.0...	34950	07.03.14	AOK Die Gesundheit...	Leistungen von Ver...
Massage, Otto, 12.0...	34950	07.03.14	AOK Die Gesundheit...	Tatsächliche Zuzahl...

Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der fehlerhaften Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheint der zugehörige Patient, die zugehörige Patientennummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum der Erstellung des Falls, der Name des Kostenträgers sowie eine Beschreibung des Fehlers.

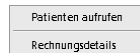
Der Prüflauf unterscheidet zwei Arten von Fehlern:

**ROT** Dieser Fehler verhindert, dass der Fall übertragen wird. Er muss korrigiert werden. Zu dem Fehler wird immer eine Fehlerbeschreibung angezeigt.

**GRÜN** Dieser Fehler verhindert nicht, dass der Fall übertragen wird. Dieser Fehler könnte unter Verlust von Informationen ignoriert werden.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen. Bei Fehlereinträgen hat das Kontextmenü folgenden Aufbau:

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

**[Patienten aufrufen]**

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Rechnungsdetails]**

Mit dieser Menüoption können Sie sich die Rechnung ansehen bzw. ausdrucken lassen.

## Abrechnung

Mit dieser Funktion starten Sie die Abrechnung der §302 Fälle. Zur Einschränkung der zu ermittelnden Fälle erscheint der Dialog „§302. - Optionen“. Er ist ab Seite 9-1 in diesem Handbuch ausführlich beschrieben. Es werden alle Fälle aufgelistet, die den Vorgaben des Dialoges entsprechen.

Während der Ermittlung der Fälle werden diese sofort auf Fehler untersucht.

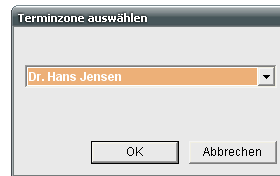
Anschließend erscheint das Ergebnis im Arbeitsbereich.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.





In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

### Fälle ... ok ... fehlerhaft

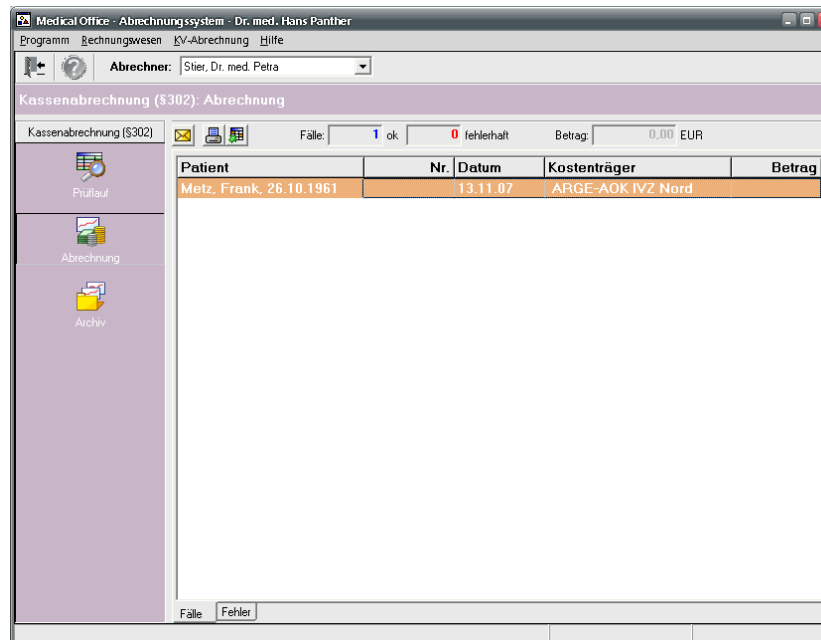
Mit diesen 2 Feldern erhalten Sie eine Information, wie viele Fälle abrechnungsfähig bzw. fehlerhaft sind.

### Registerkarten <Fälle> | <Fehler>

Mit den zwei Registerkarten am unteren Rand der Tabelle können Sie zwischen zwei möglichen Tabellen wechseln. Die Registerkarte <Fälle> zeigt Ihnen eine Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle an. Die Registerkarte <Fehler> zeigt Ihnen eine Tabelle der fehlerhaften Fälle an.

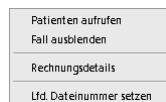
**Hinweis:** Findet der Prüflauf Fehler in den Fällen wird nach dem Prüflauf die Registerkarte <Fehler> automatisch angezeigt.

### REGISTERKARTE <FÄLLE>



Auf dieser Registerkarte wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheint der zugehörige Patient, die Patientennummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer), das Datum der Erstellung des Falls, der Kostenträger sowie der Betrag.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für einen Bericht kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.



### [Patienten aufrufen]

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

**[Fall ausblenden]**

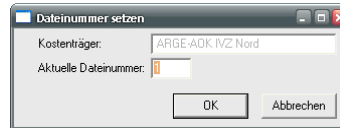
Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Fall von der aktuellen Abrechnung ausgeschlossen.

**[Rechnungsdetails]**


Mit dieser Menüoption können Sie sich die Rechnung ansehen bzw. ausdrucken lassen.

**[Lfd. Dateinummer setzen]**

Mit dieser Menüoption können Sie die laufende Dateinummer bezüglich des Kostenträgers setzen. Diese Option sollte nur nach Rücksprache mit der Hotline verwendet werden.



Mit <OK> wird die neue Nummer übernommen, mit <Abbrechen> wird der Dialog ohne Änderungen verlassen.

Oberhalb des Arbeitsbereiches wird Ihnen zusätzlich das Symbol  angezeigt. Mit Hilfe dieses Symbols exportieren Sie die hier angezeigten Berichte. Es erscheint der Dialog „Heilmittelversand“.

**Annahmestelle**

In diesem Feld wird Ihnen die Annahmestelle angezeigt.

**Versandart**

Wählen Sie hier die gewünschte Versandart aus. Mit <Testdatei> sind reine Testdaten gemeint, mit <Erprobungsdatei> wird ein Probelauf bezeichnet, bei dem die Daten zusätzlich auf Papier verschickt werden müssen. Mit <Echtdatei> werden echte Daten übergeben.

Mit <OK> lösen Sie den Export der Daten in das Exportverzeichnis aus. Mit <Abbrechen> kehren Sie zur Liste zurück.

**Hinweis:** Die Definition des Exportverzeichnisses erfolgt abrechnerspezifisch im Datenpflegesystem unter [System] => [Abrechner] auf der Registerkarte <Kassenabrechnung>.

Nach erfolgreichem Versand erfolgt die Abfrage nach dem Druck des Begleitzettels:



Den Begleitzettel müssen Sie ausdrucken und der Datenlieferung beifügen.

Nacherfolgreichem Ausdruck des Begleitzettels können Sie die Taxierungsfelder der Verordnungen bedrucken. Um dies übersichtlich zu gestalten, werden Ihnen die Verordnungen in einer Vorschau angezeigt:

Heilmittelverordnung - Taxierung drucken

Krankenkasse bzw. Kostenträger ARGE-AOK IVZ Nord	<b>Heilmittelverordnung 13</b>		
Debüher frei Metz	Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie		
Untail/ Untail- folgen Frank geb. am 26.10.61	IK des Leistungserbringers 125156003		
Allendestr. 31	Gesamt-Zuzahlung 26,00		
98574 Schmalzkalden	Gesamt-Brutto 100,00		
BVG Klassen-Nr. 0295017	Versicherten-Nr. 878788787	Status 1000 1	Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor 362114 6
BWR/CH 4919032	Vertragsart-Nr. 09/09	VK gültig bis 13.11.2007	Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor 636363 6

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung  Folgeverordnung  Gruppenverordnung

Verordnung außerhalb des Regelfalles

**Hausbesuch**  ja  nein **Therapiebericht**  ja  nein

Verordnungs-  
menge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro  
Woche

6	KG/MT	2
6	Traktion	2

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**  
W51a (J40) Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet

**Gegebenfalls Spezifizierung der Therapieziele**  
asasasas

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

4919032  
Gerd Arling

67067 Ludwigshafen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
(Muster 13.1 (7.2004))

Vorheriger 1 von 1 Nächster Drucken Abbrechen

In dieser Vorschau sind keine weiteren Eingaben möglich. Sie können mit den Schaltflächen <Vorheriger> und <Nächster> jeweils in den Verordnungen navigieren. Mit der Schaltfläche <Drucken> bedrucken Sie die entsprechende Verordnung. Mit <Abbrechen> verlassen Sie den Dialog.

Nachdem Sie alle Verordnungen mit den Taxierungsdaten bedruckt haben ist die Abrechnung beendet.

### REGISTERKARTE <FEHLER>

Diese Registerkarte ist identisch mit der Registerkarte <Fehler> des Prüflaues zur §302 Kassenabrechnung. Diese ist auf Seite 9-4 ausführlich beschrieben.

## Archiv

Mit dieser Funktion können Sie das Archiv der versendeten Fälle einsehen.

**Hinweis:** Das Archiv stellt eine Sicht auf die abgerechneten Fälle dar. Wurde ein Fall bereits manuell freigegeben, erscheint er nicht in diesem Archiv.

Um die Auswahl einzugrenzen wird der Dialog „§302 - Optionen“ angezeigt.

### Dialog „§302 Optionen

Mit Hilfe dieses Dialoges können Sie die Ermittlung der archivierten Fälle filtern. Alle Optionen dieses Dialogs sind UND – verknüpft.

#### **Zeitraum von... bis...**

Mit diesen Feldern geben Sie den zu betrachtenden Zeitraum an. Es gelten die Konventionen, die allgemein für Datumsfelder gelten. Wird in den Feldern ein Datum erfasst, werden nur Fälle aus diesem Zeitraum ermittelt. Ein leeres Datumsfeld gilt als <unendlich>.

#### **Dateinummer**

Hier können Sie die Fälle ermitteln, die in einer Datei mit einer bestimmten Dateinummer versendet wurden.

#### **Rechnungsnummer**

Hier können Sie die Fälle mit einer bestimmten Rechnungsnummer filtern.

#### **Kostenträger**

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Kostenträgers ermittelt werden sollen. Mit Hilfe des Lupensymbols am rechten Rand können Sie auf die Datenbank der regionalen Kostenträger zugreifen.

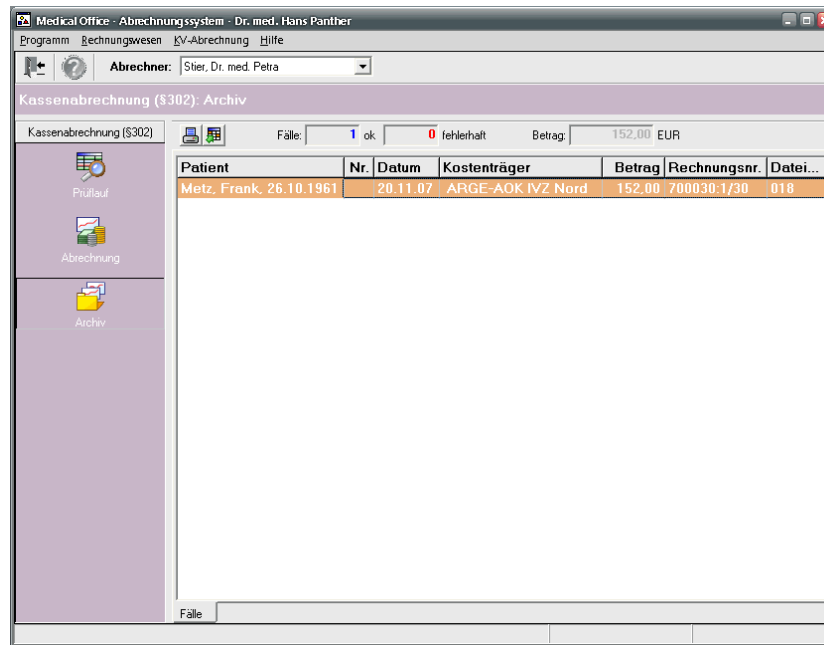
#### **Mindestbetrag**

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur Fälle ermittelt werden sollen, die einen bestimmten Mindestbetrag erreichen. Kein Eintrag gilt als 0 €.

#### **Fallart**

Mit dieser Option können Sie eine Fallart angeben. Das Feld unterstützt eine BEGIN-Suche. Geben Sie also Anfangsbuchstaben ein, die für mehrere Fallarten zutreffen, werden auch mehrere Fallarten betrachtet.

Mit <OK> wird die Ermittlung der betreffenden Fälle veranlasst. Es erscheint auf der rechten Seite eine Tabelle mit dem Suchergebnis.



In dieser Tabelle werden Ihnen zu jedem Fall der zugehörige Patient, das Datum der Versendung, der Kostenträger, der Betrag, die Rechnungsnummer sowie die Dateinummer angezeigt.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für einen Bericht kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

Patienten aufrufen
Fall ausblenden
Rechnungsdetails
Aktuelle Rechnung freigeben
Alle Rechnungen freigeben

#### [Patienten aufrufen]

Bei Aufruf dieser Menüoption wird der zugehörige Patient im Programm MEDICAL OFFICE aufgerufen.

✓ **Tipp:** Diese Funktion entspricht einem Doppelklick auf einen Eintrag in der Liste.

#### [Fall ausblenden]

Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Fall von der aktuellen Abrechnung ausgeschlossen.

#### [Rechnungsdetails]

Mit dieser Menüoption können Sie sich die Rechnung ansehen bzw. ausdrucken lassen.

#### [Aktuelle Rechnung freigeben]

Mit dieser Menüoption wird der markierte Fall freigegeben. Er ist dann wieder abrechnungsfähig. Diese Option ist gleichbedeutend mit der Schaltfläche <Freigeben> im Kostenträger der Patienten.

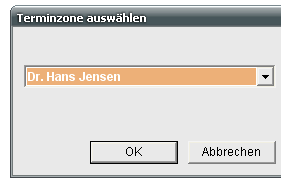
#### [Alle Rechnungen freigeben]

Mit dieser Menüoption werden alle Rechnungen der Liste freigegeben.

Oberhalb des Arbeitsbereiches befindet sich eine kleine Smarticonleiste. Diese Leiste stellt Funktionen für den Arbeitsbereich zur Verfügung.

 Mit diesem Symbol können Sie die angezeigte Liste drucken.

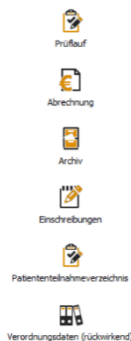
 Mit diesem Symbol können Sie die gesamte Liste in eine Terminzone Ihrer Wahl exportieren. Es erscheint der Dialog „Terminzone“.



In diesem Dialog wählen Sie die gewünschte Terminzone aus.

# SV-ABRECHNUNG

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe SV-Abrechnung. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe KVTelematik-ARGE-Abrechnung ist nur bei lizenziertem Modul „MEDICAL OFFICE Sonderverträge“ verfügbar.

## Abrechnung

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf und ggf. Abrechnung zur SV-Abrechnung. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

### Abgrenzung der gesuchten Fälle

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

#### Abrechnungsquartal

Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

#### Leistungserbringer

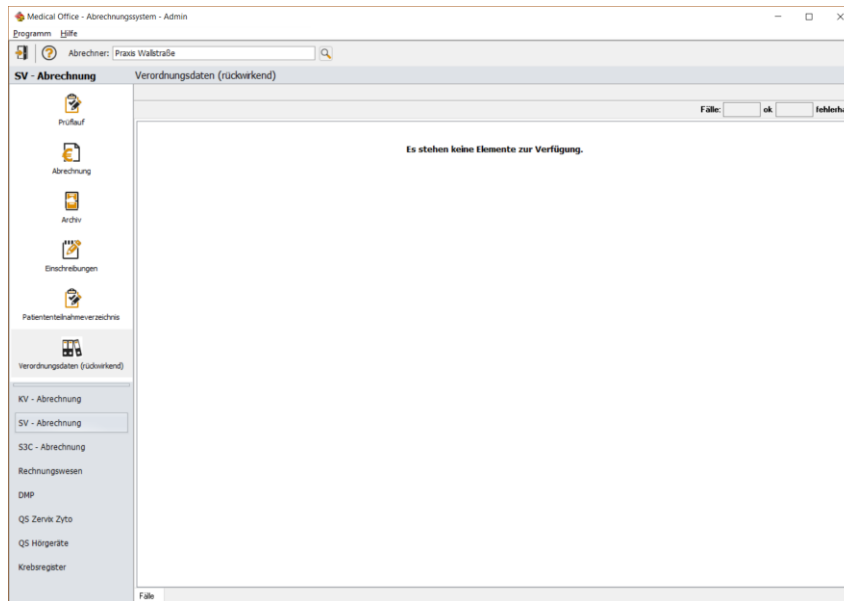
Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

#### Vertrag

Hier legen Sie fest, welchen Vertrag Sie abrechnen wollen.

Nach Betätigung der Schaltfläche <Ok> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Es wird Ihnen die Tabelle der abrechnungsfähigen Fälle angezeigt. Zu jedem Fall erscheint der zugehörige Patient, die Patientennummer (bei Ambulanzversion die Fallnummer) sowie die Vertragsart.

Mit Hilfe der rechten Maustaste können Sie für einen Bericht kontextabhängig weitere Funktionen aufrufen.

#### [Fall sperren]

Mit dieser Menüoption wird der aktuelle Fall gesperrt.

## Archiv

Mit dieser Funktion können Sie das Archiv der versendeten Fälle einsehen.

**Hinweis:** *Das Archiv stellt eine Sicht auf die abgerechneten Fälle dar. Wurde ein Fall bereits manuell freigegeben, erscheint er nicht in diesem Archiv.*

Um die Auswahl einzugrenzen wird folgender Dialog angezeigt.

#### Abgrenzung der gesuchten Fälle

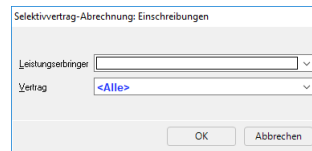
Dieser Dialog ist weiter oben in diesem Abschnitt beschrieben.

Mit <OK> wird die Ermittlung der betreffenden Fälle veranlasst. Es erscheint auf der rechten Seite eine Tabelle mit dem Suchergebnis.

## Einschreibungen

Mit dieser Funktion starten Sie die Ermittlung der eingeschriebenen bzw. einzuschreibenden Patienten. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.





Selektivvertrag-Abrechnung: Einschreibungen

Leistungserbringer

Vertrag

OK Abbrechen

### Abgrenzung der gesuchten Einschreibungen

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Einschreibungen konfigurieren.

#### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

---

## Patiententeilnahmeverzeichnis

Mit dieser Funktion können Sie das Patiententeilnahmeverzeichnis abrufen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrer Managementgesellschaft des HZV-Vertrages. Sie benötigen einen Abrufcode.

---

## Verordnungsdaten (rückwirkend)

Mit dieser Funktion starten Sie den Versand der Verordnungsdaten.



# S3C-ABRECHNUNG

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe S3C-Abrechnung. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe S3C-Abrechnung ist nur bei lizenziertem Modul „MEDICAL OFFICE Selektivverträge“ verfügbar.

## Abrechnung

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf und ggf. Abrechnung zur S3C-Abrechnung. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

### Abgrenzung der gesuchten Fälle

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

#### Abrechnungsquartal

Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

#### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

#### Vertrag


Wählen Sie den Vertrag aus, den Sie abrechnen wollen.

**Nur abgeschlossene Fälle**

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Fälle betrachtet werden sollen.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Prüfen & Abrechnen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingublendet werden.

Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

**Alle Fälle (0)** Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle gefundenen Fälle in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

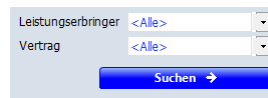
**Gültige Fälle (0)** Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle abrechnungsfähigen und fehlerfreien Fälle in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

**Fehlerhafte Fälle (0)** Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle fehlerhaften Fälle in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus. Mit der Schaltfläche <Abrechnung versenden> werden die abrechnungsfähigen Fälle verschickt.

## Einschreibungen

Mit dieser Funktion starten Sie die Ermittlung der eingeschriebenen bzw. einzuschreibenden Patienten. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.



### Abgrenzung der gesuchten Einschreibungen

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Einschreibungen konfigurieren.

**Leistungserbringer**

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

**Vertrag**

Wählen Sie den Vertrag aus, den Sie berücksichtigen wollen.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.

Medical Office - Abrechnungssystem - Hausarzt, Dr. med. Felix Lurch

Programm Hilfe

Abrechner: MVZ Wallstraße

### S3C - Einschreibungen

S3C - Abrechnung

Alle Patienten (2) | Eingeschriebene Patienten (2) | Nicht eingeschchr. Patienten (0) | Suchen ...

Patient /	Nr.	Vertragsart	Patientengruppe	Vertragsstatus
Grün, Anton, 20.10.1980		AOK Niedersachsen - HzV		Aktiv
Grün, Anton, 20.10.1980		AOK Niedersachsen - HzV (Erg.)		Aktiv

Abrechnung

Einschreibungen

KV-Abrechnung

Selektivvertrag - Abrechnung

KVTelematik-ARGE - Abrechnung

**S3C - Abrechnung**

IV-Vertrag - Abrechnung


Rechnungswesen

DMP

\$301 (\$115b, \$116b)

QS Zervix Zyto

Liste drucken

Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingeblendet werden.

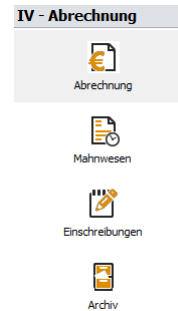
Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

Mit der Schaltfläche <Selektierte Patienten einschreiben> können Sie eine Sammeleinschreibung vornehmen. Die Sammeleinschreibung kann nur erfolgen, wenn man zuvor den Leistungserbringer und den Vertrag auswählt.



# IV-ABRECHNUNG

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe IV-Abrechnung. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe IV-Vertrag-Abrechnung ist nur bei lizenziertem Modul „MEDICAL OFFICE Selektivverträge“ verfügbar.

## Abrechnung

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf und ggf. Abrechnung zur IV-Vertrag-Abrechnung. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

### Abgrenzung der gesuchten Fälle

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

#### Abrechnungsquartal

Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

#### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

#### Nur abgeschlossene Fälle

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Fälle betrachtet werden sollen.

#### Regelwerksprüfung

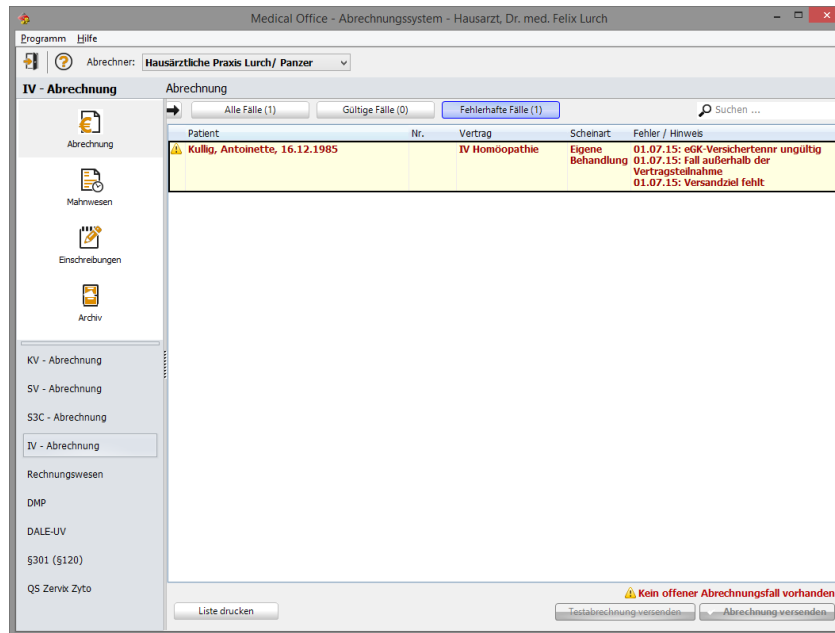
Mit dieser Option legen Sie fest, während des Prüflaufes eine Regelwerksprüfung erfolgt.


#### IV-Homöopathie

Wenn Sie diesen Vertrag abrechnen möchten, müssen Sie diese Option aktivieren.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Prüfen & Abrechnen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingeblendet werden.

Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

**Alle Fälle (0)** Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle gefundenen Fälle in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

**Gültige Fälle (0)** Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle abrechnungsfähigen und fehlerfreien Fälle in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

**Fehlerhafte Fälle (0)** Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle fehlerhaften Fälle in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus. Mit der Schaltfläche <Abrechnung versenden> werden die abrechnungsfähigen Fälle verschickt.

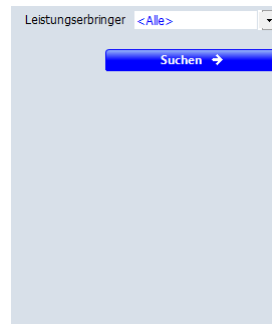
## Mahnwesen

Mit dieser Funktion starten Sie die Ermittlung der zu mahnenden Fälle. Die Funktionalitäten dieses Bereichs sind ausführlich ab Seite 4-7 in diesem Handbuch beschrieben.

## Einschreibungen

Mit dieser Funktion starten Sie die Ermittlung der eingeschriebenen bzw. einzuschreibenden Patienten. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.





### Abgrenzung der gesuchten Einschreibungen

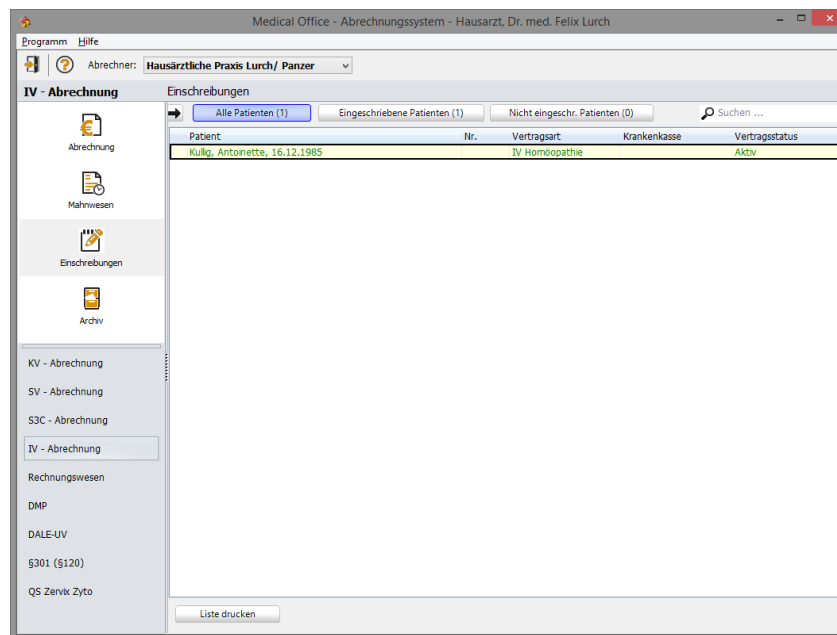
Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Einschreibungen konfigurieren.


#### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingeblendet werden.

Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

Mit dieser Funktion gelangen Sie in das Archiv der abgerechneten Fälle der IV-Vertrag-Abrechnung. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

### Abgrenzung der gesuchten Fälle

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

#### Abrechnungsquartal

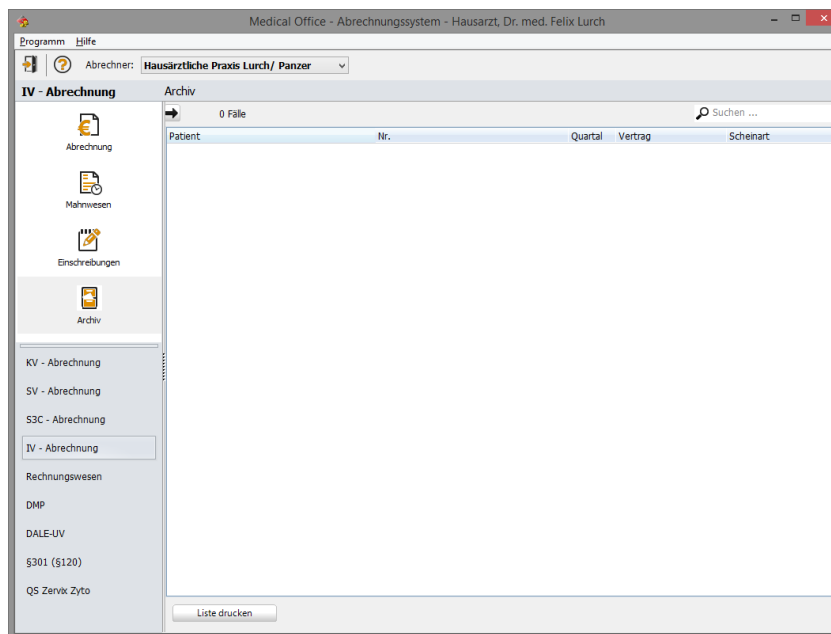
Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

#### Leistungserbringer

Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Fälle eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.

Nach Betätigung der Schaltfläche <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil links oberhalb der Liste zusätzlich eingeblendet werden.

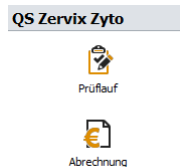
Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus. Mit der Schaltfläche <Fälle freigeben> werden die markierten Fälle freigegeben.

Um einen Eintrag zu markieren verwenden Sie die Checkbox der jeweiligen Zeile. Um alle Einträge zu markieren, verwenden Sie die Scheckbox im Spaltenkopf.

# QS-ZERVIX ZYTO

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe QS-Zervix Zyto. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe QS-Zervix Zyto ist nur bei lizenziertem Modul „MEDICAL OFFICE Dokumentation“ verfügbar.

## Prüflauf/Abrechnung

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf bzw. die Abrechnung QS-Zervix Zyto. Es erscheint ein Dialog mit Optionen.

Abrechnungsjahr	<input type="text" value="2014"/>
Betriebsstätte	<input type="text" value=" &lt;Alle&gt;"/>
Leistungserbringer	<input type="text" value=" &lt;Alle&gt;"/>
Fallart	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> offen
Praxisbesonderheit:	<input type="checkbox"/> Hoher Anteil kurativer Abstriche
<input type="button" value="OK"/> <input type="button" value="Abbrechen"/>	

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Fälle konfigurieren.

### Abrechnungsjahr

Mit diesem Feld geben Sie das Abrechnungsjahr an.

### Betriebsstätte

Wählen Sie die Betriebsstätte aus.

### Leistungserbringer

Wählen Sie den Leistungserbringer aus.

### Fallart

*nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE*

Dieses Feld ist nur in der Ambulanzversion von MEDICAL OFFICE verfügbar. Wird in diesem Feld ein Ambulanzkennzeichen (Es wird auf dem Abrechnungsschein vermerkt.) eingegeben, werden nur Fälle der zugehörigen Ambulanz geprüft.

### abgeschlossen | offen

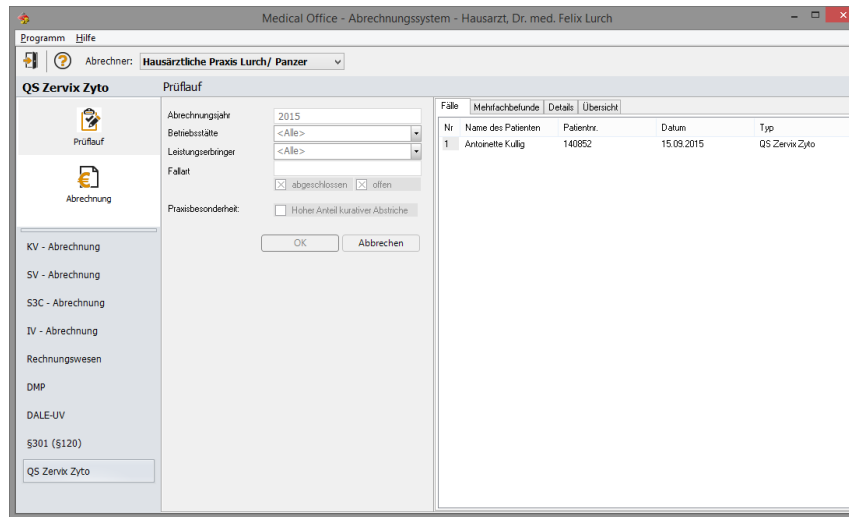
Mit diesen Optionen können Sie festlegen, dass nur abgeschlossene, nur offene oder alle QS-Zervix Zyto Dokumentationen berücksichtigt werden sollen.

### Praxisbesonderheit

Aktivieren Sie diese Option, sofern sie zutrifft.

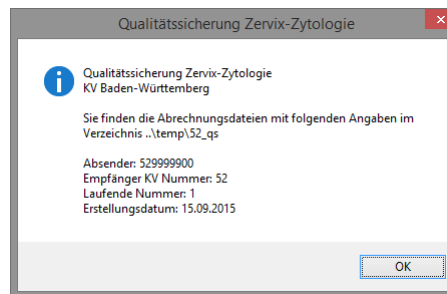
Nach Bestätigung des Dialogs mit <OK> wird der Prüflauf entsprechend der Vorgaben durchgeführt.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Wenn Sie sich im Funktionsbereich Abrechnung befinden, erscheint links neben dem Schalter <OK> im Optionsdialog ein zusätzlicher Schalter <Senden>. Mit seiner Hilfe wird das QS-Zervix Zyto Paket erstellt und verwendet.

Nach dem erfolgreichen Versand wird Ihnen ein Detaildialog zum Speicherort der Dateien angezeigt:



# QS-HÖRGERÄTEVERORDNUNG

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe QS-Hörgeräteverordnung (QSHGV). Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe QS-Hörgeräteverordnung ist nur bei lizenziertem DMP-Modul verfügbar. Zudem benötigen Sie einen funktionierenden KV-Connect Zugang.

## Prüflauf

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf und ggf. Abrechnung zur QS-Hörgeräteverordnung-Abrechnung. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

 A screenshot of a search configuration dialog. It features a "Meldequartal" field with a dropdown set to "3" and a year selector set to "2015". Below this is a "Leistungserbringer" dropdown menu currently showing "<Alle>". There is a checkbox labeled "Nur abgeschl. Berichte" which is currently unchecked. At the bottom right is a blue button labeled "Prüfen & Abrechnen" with a right-pointing arrow.

### Abgrenzung der gesuchten Verordnungen

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Verordnungen konfigurieren.

#### **Meldequartal**

Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

#### **Leistungserbringer**

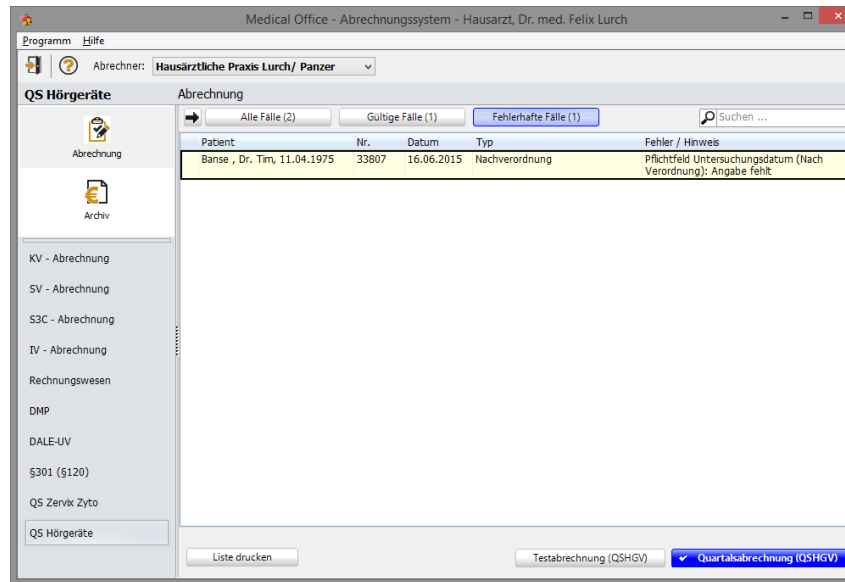
Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Verordnungen eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.


#### **Nur abgeschlossene Berichte**

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Verordnungen betrachtet werden sollen.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Prüfen & Abrechnen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingeblendet werden.

Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

- Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle gefundenen Verordnungen in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.
- Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle abrechnungsfähigen und fehlerfreien Verordnungen in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.
- Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle fehlerhaften Verordnungen in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus. Mit der Schaltfläche <Quartalsabrechnung (QSHGV)> werden die abrechnungsfähigen Verordnungen verschickt. Die Schaltfläche <Testabrechnung (QSHGV)> erstellt eine Testabrechnung der Verordnungen.

## Archiv

Mit dieser Funktion gelangen Sie in das Archiv der abgerechneten QS-Hörgeräteverordnung-Abrechnung. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

### Abgrenzung der gesuchten Verordnungen

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Verordnungen konfigurieren.

#### Meldequartal

Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

### Leistungserbringer

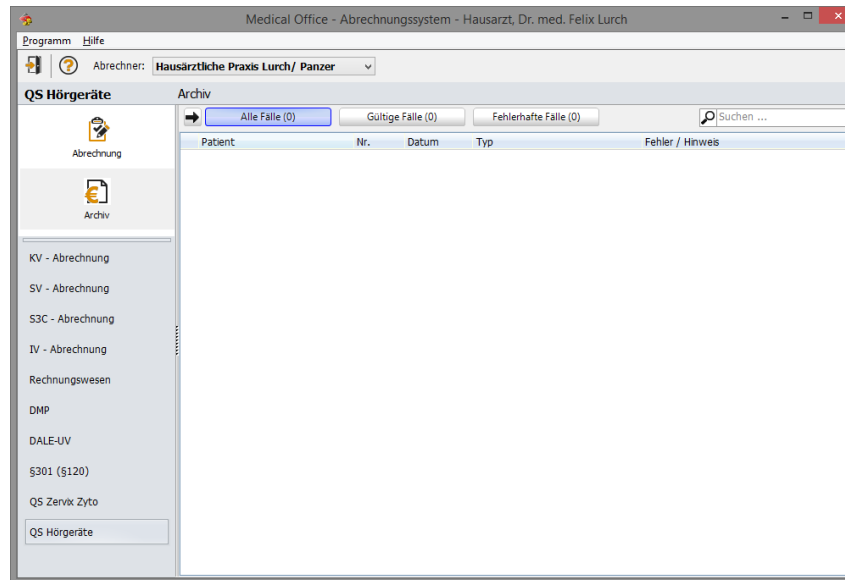
Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Verordnungen eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.


### Nur abgeschlossene Berichte

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Verordnungen betrachtet werden sollen.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Fälle.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingeleitet werden.

Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus. Mit der Schaltfläche <Fälle freigeben> werden die markierten Fälle freigegeben.

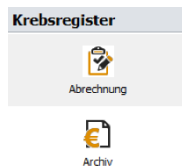
Um einen Eintrag zu markieren verwenden Sie die Checkbox der jeweiligen Zeile. Um alle Einträge zu markieren, verwenden Sie die Scheckbox im Spaltenkopf.





# KREBSREGISTER

Dieses Kapitel beschreibt die Funktionen der Funktionsgruppe Krebsregister. Sie können diese Funktionen nur über die Icons unterhalb der Gruppe aufrufen.



Die Funktionsgruppe Krebsregister ist nur bei lizenziertem DMP-Modul verfügbar. Zudem benötigen Sie einen funktionierenden KV-Connect Zugang.

## Prüflauf

Mit dieser Funktion starten Sie den Prüflauf und ggf. Übertragung der Krebsregister-Dokumentationen. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

 A screenshot of a search configuration dialog box. It contains the following elements:
 

- 'Meldequartal' with a dropdown menu showing '3' and a year dropdown showing '2015'.
- 'Leistungserbringer' with a dropdown menu showing '<Alle>'.
- 'Nur abgeschl. Berichte' with an unchecked checkbox.
- A blue button at the bottom with the text 'Prüfen & Abrechnen' and a right-pointing arrow.

### Abgrenzung der gesuchten Dokumentationen

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Dokumentationen konfigurieren.

#### Meldequartal

Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

#### Leistungserbringer

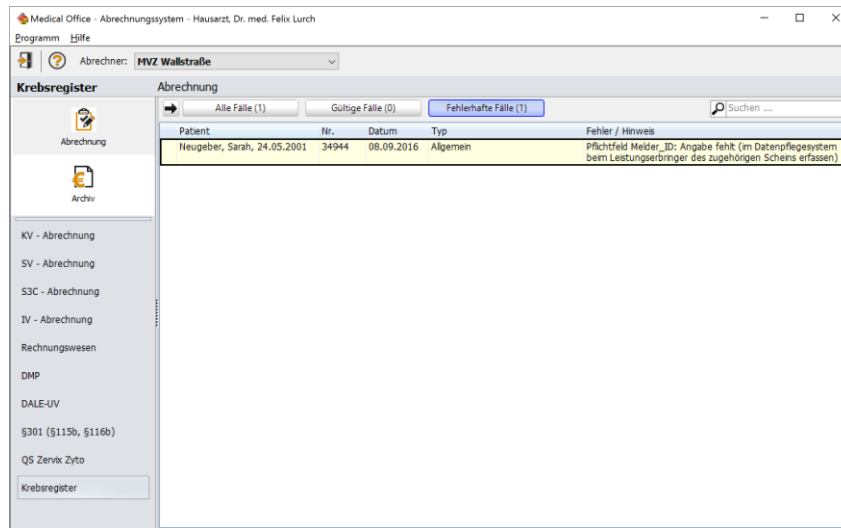
Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Dokumentationen eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.


#### Nur abgeschlossene Berichte

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Dokumentationen betrachtet werden sollen.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Prüfen & Abrechnen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Dokumentationen.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingblendet werden.

Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

- Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle gefundenen Dokumentationen in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.
- Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle abrechnungsfähigen und fehlerfreien Dokumentationen in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.
- Ist diese Schaltfläche aktiviert, werden alle fehlerhaften Dokumentationen in der Liste angezeigt. Die Zahl in der Klammer stellt die Anzahl dar.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen.

## Archiv

Mit dieser Funktion gelangen Sie in das Archiv der übertragenen Dokumentationen. Neben der Funktionsgruppe erscheint nun ein weiterer Eingabebereich, in dem Sie Ihre Suche eingrenzen können.

### Abgrenzung der gesuchten Dokumentationen

Mit seiner Hilfe können Sie die zu ermittelnden Dokumentationen konfigurieren.

#### Meldequartal

Mit diesen Feldern geben Sie das zu betrachtende Quartal an.

### Leistungserbringer

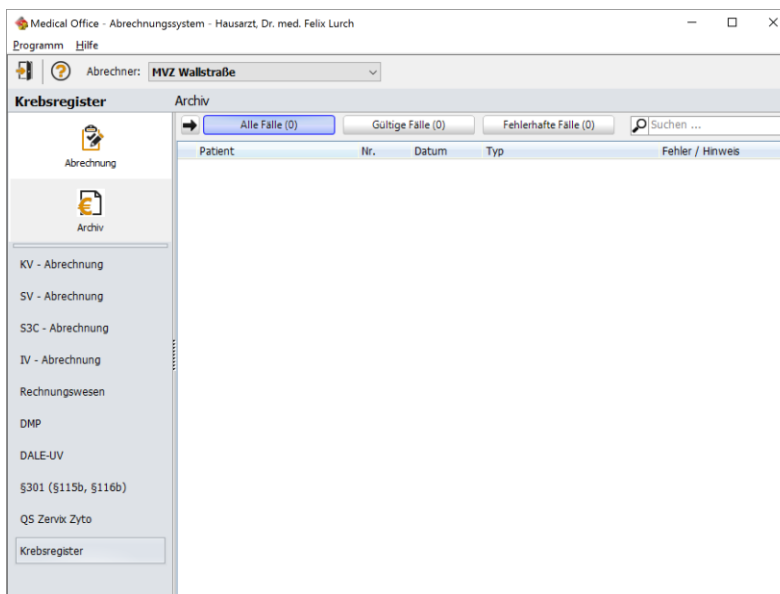
Mit diesem Feld können Sie festlegen, dass nur die Dokumentationen eines bestimmten Leistungserbringers ermittelt werden sollen. In der Liste finden Sie die dem aktuellen Abrechner zugeordneten Leistungserbringer sowie den Eintrag <Alle>.


### Nur abgeschlossene Berichte

Mit dieser Option legen Sie fest, dass nur auf „abgeschlossen“ gesetzte Dokumentationen betrachtet werden sollen.

Nach Betätigung der Schaltfläche mit <Suchen> erfolgt die Ermittlung der relevanten Dokumentationen.

Anschließend wird das Ergebnis im Arbeitsbereich angezeigt.



Der Bereich zur Eingrenzung der zu betrachtenden Fälle wird automatisch ausgeblendet. Er kann mit dem kleinen Schwarzen Pfeil  links oberhalb der Liste zusätzlich eingblendet werden.

Oberhalb der Ergebnisliste befindet sich eine kleine Leiste mit Funktionen für den Arbeitsbereich.

Mit dem Suchfeld oberhalb der Liste können Sie Einträge in der Liste suchen. Die Schaltfläche <Liste drucken> druckt die Liste aus. Mit der Schaltfläche <Fälle freigeben> werden die markierten Fälle freigegeben.

Um einen Eintrag zu markieren verwenden Sie die Checkbox der jeweiligen Zeile. Um alle Einträge zu markieren, verwenden Sie die Scheckbox im Spaltenkopf.



# MENÜ HILFE

Mit dieser Menüoption können Sie das Online-Handbuch aufrufen. Das Online-Handbuch liegt im Acrobat-PDF-Format vor. Das Online-Handbuch wird mit jedem Quartalsupdate automatisch aktualisiert.

Im Online-Handbuch werden alle Menüoptionen und Funktionen des Programms MEDICAL OFFICE Abrechnung umfassend beschrieben. Es ist sehr einfach zu bedienen. Falls Sie dennoch Fragen zum Online-Handbuch haben, verfügt dieses über eine integrierte Hilfefunktion.



# INDEX

## §

### §301 Ambulantes Operieren

*Abrechnung* · 7-4  
*Archiv* · 7-7  
*Prüflauf* · 7-1

## D

### DALE-UV

*Abrechnung* · 6-4  
*Archiv* · 6-6  
*Prüflauf* · 6-1

### DMP

*Abrechnung* · 8-6  
*Archiv* · 8-8  
*Prüflauf* · 8-1, 8-2

### Drucken

*Abrechnungsprotokoll*  
 Dokumentenabgabe · 4-6  
 GNRListe · 4-7  
 Klammerliste · 4-6  
 Prüfprotokoll · 4-7  
 Scheinabgabe · 4-6  
 Sortierliste · 4-6  
 Überweisungen · 4-7  
*Fehlermeldungen des Prüflaufs* · 4-2  
*Liste aller gestellten Rechnungen* · 5-15, 5-18  
*Liste der offenen Posten* · 5-10  
*Überweisungsträger* · 5-6

## H

### Hauptfenster · 2-1

### Hilfe

*Handbuch aufrufen* · 16-1  
*weitere Informationsquellen* · 1-1

## I

### IV-Vertrag

*Abrechnung* · 12-1

*Archiv* · 12-4

*Einschreibungen* · 12-2

*Mahnwesen* · 12-2

## K

### Kassenabrechnung (§302)

*Abrechnung* · 9-4  
*Archiv* · 9-7  
*Prüflauf* · 9-1

### KBV-Kryptomodul · 4-5

### KBV-Prüfmodul · 4-2

### Kennwörter

*An- und Abmelden* · 3-1  
*eingeben* · 2-1

### Krebsregister

*Archiv* · 15-2  
*Prüflauf/Abrechnung* · 15-1

### KV-Abrechnung · → siehe Quartalsabrechnung

## P

### Programm

*Beenden* · 3-1

## Q

### QS-HÖRGERÄTEVERORDNUNG

*Archiv* · 14-2  
*Prüflauf/Abrechnung* · 14-1

### QS-ZERVIX ZYTO

*Prüflauf/Abrechnung* · 13-1

### Quartalsabrechnung

*Verschlüsselung* · 4-5

## R

### Rechnungswesen

*Archiv* · 5-14  
*Kassenabschluss* · 5-16  
*Mahnstufe* · 5-10  
*Nachlass gewähren* · 5-10  
*Offene Posten*

ermitteln · 5-8

Liste drucken · 5-10

*Rechnung*

ausgleichen · 5-10

*Rechnungsarchiv* · 5-13, 5-16

*Sammelrechnung* · 5-6

*Übergabe an die Buchhaltung* · 5-18

*Überweisungsträger drucken* · 5-6

*unvollständiger Rechnungsausgleich* · 5-10

---

## S

### S3C

*Abrechnung* · 11-1

*Einschreibungen* · 11-2

### SV-Abrechnung

*Archiv* · 10-2

*Einschreibungen* · 10-2, 10-3

*Prüflauf* · 10-1