

Z1.PRO Programm-Beschreibung

KCH-Abrechnung



Dentalinformationssystem



CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH
Maria Trost 25
D - 56070 Koblenz
Tel.: 02 61 / 8000-1900 · Fax: 02 61 / 8000-1916 ·
info@cgm-dentalsysteme.de · www.cgm-dentalsysteme.de



Management
System
EN ISO 13485:2016
ISO 9001:2015

www.tuv.com
ID 0000056703

Copyright 2018 CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH, Koblenz
Text: Petra Stopperich, Sabine Zude
Redaktion/Layout: Stefan Hänchen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes
ist ohne Zustimmung von CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH
unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Über-
setzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Windows 8.1©, 10©, Office für Windows©, Internet Explorer©
sind eingetragene Warenzeichen der Microsoft Corporation.

CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH übernimmt keine Gewähr für
die inhaltliche Richtigkeit dieser Programmbeschreibung. Die Autoren
behalten sich das Recht vor, jederzeit Änderungen vorzunehmen, um die
Programmbeschreibung dem technischen Stand anzupassen.

Kennzeichnung gemäß ISO 9001:2015 und EN ISO 13485:2016
CGM AWHB Z1.PRO



Hergestellt und freigegeben: Januar 2018



Bitte Anwender-Handbuch (Gebrauchsanweisung) lesen
und beachten

Inhaltsverzeichnis

■ QUARTALSABRECHNUNG KCH	1
1. DTA-ABRECHNUNG VORBEREITEN	3
2. DTA-ABRECHNUNG ZUSAMMENSTELLEN.....	4
3. FEHLER-/HINWEISPROTOKOLL BEMA-PRÜFMODUL.....	5
4. ERSTELLEN DES DTA-DATENTRÄGERS	9
5. LISTEN DER Z1.PRO-QUARTALSABRECHNUNG.....	11
6. DTA-ERSATZDATENTRÄGER (WIEDERHOLUNG).....	15
7. ERFASSUNGSSCHEINE AUSDRUCKEN	15
8. ABSCHLUSS KCH-ABRECHNUNG.....	17
9. ANHANG.....	18

■ QUARTALSABRECHNUNG KCH

Der Aufruf der „**KCH-Quartalsabrechnung**“ erfolgt im **Z1.PRO-Hauptmenü** über den Reiter „**KZV-DTA**“ und dort über den Menüpunkt „**KCH-DTA**“.

Alle in der **Z1.PRO-Behandlung** erfassten konservierend/chirurgischen Leistungen von Kassenpatienten mit der **Abrechnungsart** „**Quartalsabrechnung KCH**“ werden per **Datenträgeraustausch** mit der KZV abgerechnet. Sie haben in diesem Programm auch die Möglichkeit, zusätzlich zum Datenträgeraustausch die Erfassungsscheine auszudrucken. Bei der Aufbereitung der Daten werden - falls Sie mit mehreren Abrechnungstempeln abrechnen - die Daten aller Praxen berücksichtigt.

Nach Aufbereitung der KCH-Abrechnungsdaten können hier auch die Mahnungen für fehlende Versichertenkarten bzw. Scheine gedruckt werden.

● **KCH-Datenträgeraustauschmodul ab der Version 1.7**

Ab dem **KCH-Abrechnungsmodul der KZBV in der Version 1.7** wurden einige grundlegende Änderungen bei der Prüfung und Übermittlung der Daten vorgenommen. Verschiedene Leistungen werden nun auch quartalsübergreifend geprüft, Leistungsdaten/Befunde werden mit an den KCH-DTA übergeben usw. Hier die wesentlichen Änderungen zusammengefasst:

- Prüfung der quartalsübergreifenden Fristen bei den Leistungspositionen ä1, 01, 01k, 04, 05, zst, ip1, ip2, ip4 und fu sowie die Gewährleistungsfrist bei den ein- bis dreiflächigen Füllungen.
- Angabe und Übermittlung der zur ersten Sitzung vorhandenen Zähne (im abzurechnenden Quartal).
- Datum der letzten Leistung nach Nr. ä1, 01 und fu vor der ersten Sitzung des Falles.
- Kennzeichnung von zervikalen Füllungen, damit die Zahnfleischfüllung als Ausnahme von der zweijährigen Gewähr erkennbar ist. Besondere Umstände, die nicht auf Verschulden des Zahnarztes basieren, sind als KZV-interne Mitteilung „leistungsbezogen“ kurz darzulegen.

● **Datum Anspruchsnachweis für die Quartalsabrechnungen KCH und KFO**

Für die DTA-Module KCH und KFO muss das **Datum** der Erfassung des **Anspruchsnachweises** künftig **zwingend** übermittelt werden. Beim manuellen Ersatzverfahren sowie bei der Scheinerfassung steht in den Patientenstammdaten im Bereich der Versichertendaten hierfür das Feld „**Anspruchsnachweis**“ zur Verfügung, welches mit dem aktuellen Tagesdatum (das Tagesdatum wird vorbelegt und kann auf Wunsch geändert werden) gefüllt wird. Dieses Datum wird in dem Fall an den DTA übermittelt.

Ersatzverfahren (eGK)

Beenden Speichern Suchen Rückgängig Hilfe

Gültig ab: 01.10.2015 Gültig bis: Ausstellungsdatum

Allgemeine Patientendaten

Nachname: * Enten Vorname: * Rebecca Geburtsdatum: * 24.11.1978 Geschlecht: weiblich

Titel: Namenszusatz: Vorsatzwort:

Straße: Am Hang Hausnr.: 7 Anschriftenzusatz:

Land: PLZ: * 56070 Ort: Koblenz

Postfach: Land: PLZ: Ort:

Falltrennung Notfall Musterung (Notfall)

Versichertendaten

Versichertennummer: T111111114 Status: 1 M

Kostenträger: * 109047599

eGK gültig ab: Bis: 23.11.2015 Anspruchsnachweis: Seriennummer der eGK:

Aktenzeichen / PK-Nummer:

● **Besondere Personengruppe „9“**

Ab dem 1. Januar 2016 werden von den Krankenkassen eGKs mit der **Besonderen Personengruppe „9“** für Anspruchsberechtigte nach den §§ 4 und 6 AsylbLG ausgegeben. Mit Einlesen einer solchen eGK wird die BPG (Besondere Personengruppe) in Z1.PRO gespeichert und mit Abrechnen des Falls an den DTA übergeben. Dies betrifft alle DTA-Abrechnungsbereiche (KCH, KFO, ZE, PAR, KBR).

Im **Fallzahlprotokoll** wird der Personenkreis gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG in gleicher Weise ausgewiesen, wie bislang schon der Personenkreis § 264 Abs. 2 SGB V.

Quartalsabrechnung KCH - Fallzahlprotokoll 3/16

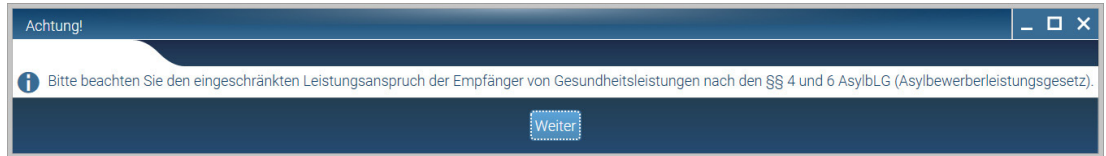
Beenden Karteikarte Patient Bearbeiten Fälle Kein VN Fehler Hinweise Fallzahlen Leistungen Inhalt

alle Stempel Stempel 1 Stempel 2

BAPersBw R I 2.3.5	911 0095209 00	1	1		
1 120578P00000 Christoph PAR					
Zwischensummen:		0	1	0	1
***** Sonderabkommenfälle der GKV (ohne eGK) *****					
KZV-fremde Primärkassen:		?	M	F	R Ges
AOK Bayern	106 8310400 11		1		1
17 7 20.10.1952 Fritz Auslandsabkommen					
Zwischensummen:		0	1	0	1
Gesamtfallzahlen:		1	10	0	11
+ § 264 Abs. 2 SGB V:			+1		+1
+ §§ 4 und 6 AsylbLG:			+1		+1
		===	=====	=====	=====

- **Hinweismeldung zum Asylbewerberleistungsgesetz:**

Nach Einlesen einer **elektronischen Gesundheitskarte (eGK)** mit der **BPG** (Besondere Personengruppe „9“) wird ab der Version 2.58 folgende Hinweismeldung ausgegeben:



1. DTA-ABRECHNUNG VORBEREITEN

Bevor Sie mit der KCH-Quartalsabrechnung beginnen, sollten Sie zunächst die Einstellungen in den **Z1.PRO-Stammdaten** zur **Quartalsabrechnung** überprüfen. Wählen Sie hierzu in den **Stammdaten\Praxis** die **KZV-Parameter** an. Unter dem Menüpunkt **“Quartalsabrechnung”** werden alle individuellen Parameter - je nach KZV-Vorgaben - eingestellt. Beachten Sie hierzu die ausführlichen Informationen unter **Einrichten individueller Stammdaten** auf der Handbuch-CD-ROM.

Für die Quartalsabrechnung ist es zwingend erforderlich, dass das aktuelle BKV eingelesen ist. Im Gegensatz zu früher wird dieses auch bei der DTA-Leistungsprüfung – welche mit Speichern der Leistungen in der Behandlungserfassung aktiv wird - benötigt. Es ist daher wichtig, dass Sie das aktuelle BKV zu jedem Quartalsanfang sofort einspielen. Das **Einlesen des BKVs** nehmen Sie über den **Z1.PRO-Kassenstamm** vor. Prüfen Sie bitte ebenfalls, ob das **korrekte KZV-Gebiet** in den **Z1.PRO-Stammdaten** eingetragen ist. Der Eintrag ist unter dem Pfad Stammdaten\Praxis\Praxisparameter im Feld **“zuständige KZV”** hinterlegt.



Des Weiteren müssen in den **Z1.PRO-Stammdaten\Praxis\Praxisinhaber** im Bereich **“Praxisname”** zusätzliche Angaben zum Praxisinhaber eingetragen sein. Über den Detailknopf rufen Sie die detaillierten Angaben zum Praxisinhaber auf. Überprüfen Sie die hier eingetragenen Personalien auf Vollständigkeit. Diese Angaben werden bei Erstellung der DTA-Abrechnung auf den Datenträger übernommen bzw. auf dem Aufkleber bzw. dem Begleitzettel ausgedruckt.

Haben Sie alle Voreinstellungen getroffen, können Sie mit der Zusammenstellung der Quartalsabrechnung beginnen.

2. DTA-ABRECHNUNG ZUSAMMENSTELLEN

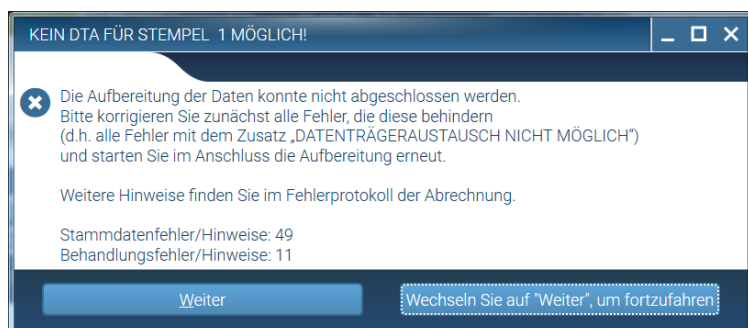
Nach Anwahl der **DTA-Abrechnung** tragen Sie zunächst im Feld „**Quartal**“ das abzurechnende Quartal ein. Mit **F2** oder über das Koffersymbol starten Sie den Suchlauf auf alle abzurechnenden Patienten und Leistungen des **Z1.PRO-Systems**. Falls Sie mit mehreren Abrechnungstempeln abrechnen, werden alle Praxen berücksichtigt. Während des Suchlaufs werden die Felder für die Ausgabe der Anzahlen der gefundenen Fälle, der Patienten und der Behandlungszeilen mit Bema-DTA-Leistungen gefüllt. Darunter wird die insgesamt Anzahl der Quartalsfälle und der eventuell aufgefundenen Vorquartalsfälle ausgegeben. Hat ein Patient im Laufe des Quartals die Krankenkasse gewechselt, wird dieser als Fall zweimal gezählt.

Im Anschluss daran verzweigt Z1.PRO entweder in das Fehlerprotokoll (falls Fehler gefunden wurden). Hierzu finden Sie im folgenden Kapitel weitere Informationen. Ansonsten erhalten Sie direkt an dieser Stelle die Möglichkeit, die Abrechnungsdaten zu kopieren. Weiteres hierzu finden Sie unter Punkt 4. **„Erstellen des DTA-Datenträgers“**.

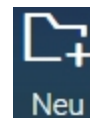
Hinweise zu den einzelnen Abrechnungsfällen können Sie über das Hinweisprotokoll einsehen. Der Aufruf erfolgt über das nebenstehende Symbol oder **Strg + a**. Hierunter finden Sie u.a. Meldungen des Bema-Prüfmoduls zu Abrechnungsfällen, die zwar abrechenbar sind, aber ggf. Ihrerseits begründet werden müssen/sollten. Beachten Sie hierzu die weiteren ausführlichen Informationen unter **Punkt 3. „Fehlerprotokoll/Hinweisprotokoll Bema-Prüfmodul“**.

Hinweis: Wird die Aufbereitung der Quartalsabrechnung abgebrochen (Mausklick an beliebiger Stelle in der Bildschirmmaske oder mit Tastendruck), sind die Daten für Z1.PRO unvollständig. Somit stehen die weiteren Funktionen wie bspw. die Liste der abrechenbaren Fälle, KVK-Mahnung etc. nicht zur Verfügung. Damit wird verhindert, dass eine unvollständige Abrechnung eingereicht werden kann. Erst nach einer vollständigen Aufbereitung der Quartalsabrechnung können im Anschluss die Daten bzw. Patienten für die Abrechnung weiterverarbeitet werden.

Hinweis: Wird bei der Aufbereitung der KCH- Quartalsabrechnung ein **schwerer Fehler** gefunden, der die weitere Aufbereitung der Daten verhindert, wurde der DTA bisher mit der Meldung „KEIN DTA FÜR STEMPEL xx MÖGLICH!“ gesperrt. Wir haben diese Meldung überarbeitet bzw. deutlicher gestaltet, damit ein versehentliches Überlesen der Meldung zukünftig nicht mehr möglich sein sollte.



Des Weiteren werden Fälle mit **fehlender PK-Nummer** oder **fehlendem Aktenzeichen** zukünftig nur noch fallbezogen ausgegeben und behindern künftig nicht mehr die gesamte Aufbereitung des DTA´s. Fälle mit solchen Fehlern werden fortan fallbezogen ausgewertet und entsprechend im Fehlerprotokoll zur Abrechnung ausgewiesen.



3. FEHLER-/HINWEISPROTOKOLL BEMA-PRÜFMODUL

Das **Fehlerprotokoll** enthält alle vom Bema-Prüfmodul der KZBV beanstandeten Fälle, die **nicht zur Abrechnung** gelangen. Ist bspw. eine KVK nicht mehr gültig, wird dieser Fall im Fehlerprotokoll angezeigt. Im **Hinweisprotokoll** werden Fälle ausgegeben, die zwar zur Abrechnung kommen, jedoch mit weiteren Hinweisen des Bema-Prüfmoduls versehen sind. Dies können u.a. Hinweise zu einer erforderlichen Begründung zu einer Leistung sein.

Quartalsabrechnung KCH - Fehlerprotokoll 3/15

Beenden Karteikarte Patient Bearbeiten Fälle Kein VN Fehler Hinweise Fallzahlen Leistungen Inhalt Suchen Verriegeln Auswählen Drucken Hilfe

alle Stempel Stempel 1 **Stempel 2** Stempel 3 Stempel 4 Privat 5

648/1/5 KFO Kind, Sonnenschein 02.04.2012 barmer1

**** Stammdatenfehler Karte/KS fehlt oder abgelaufen
DER FALL GELANGT NICHT AUF DIE DTA-DISKETTE!!!
Versicherungsnachweis fehlt!

**** Stammdatenfehler DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG!
KVK gesetzlich Krankenversicherter gelten seit dem
01.01.2015 nicht mehr als Versicherungsnachweis!
DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG!

** HINWEIS Hinweis: Versichertennummer manuell erfasst

03.08.15 IP1 Patient ist jünger als 6 Jahre
03.08.15 IP2 Patient ist jünger als 6 Jahre

624/3/1 TEST 243, Hugo 27.11.1965 barmer0 Vorquartal 4/14

**** Stammdatenfehler Karte/KS fehlt oder abgelaufen
DER FALL GELANGT NICHT AUF DIE DTA-DISKETTE!!!
Versicherungsnachweis fehlt!

**** Stammdatenfehler DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG!
Beginn und/oder Ende des Versicherungsschutzes
falsch oder fehlend!
DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG!

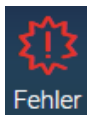
197/10/5 TEST 244, Hugo 09.06.1962 technik Vorquartal 4/14

**** Stammdatenfehler Karte/KS fehlt oder abgelaufen
DER FALL GELANGT NICHT AUF DIE DTA-DISKETTE!!!
Versicherungsnachweis fehlt!

**** Stammdatenfehler DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG!

** Stammdatenfehler Versichertenstatusergänzung ungültig

Fälle insgesamt
abrechenbar 3
nicht abrechenbar 3



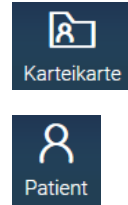
Aus dem Fehler- bzw. Hinweisprotokoll ist eine direkte Bearbeitung bzw. Überprüfung der Behandlungsdaten und Patientenstammdaten möglich. Der Aufruf der Protokolle kann manuell auch über die nebenstehenden Symbole erfolgen.

Links neben dem Patientennamen werden die Patientenummer, die Nummer des Abrechnungsfalls und der Behandler ausgegeben. Rechts in dieser Zeile wird zusätzlich das Quartal ausgegeben, falls es sich um einen **Vorquartalsfall** handelt.

Am Ende dieser Beschreibung finden Sie im Anhang eine Liste mit allgemeinen Fragen und häufigen Meldungen des Bema-Prüfmoduls und dessen möglicher Korrektur.



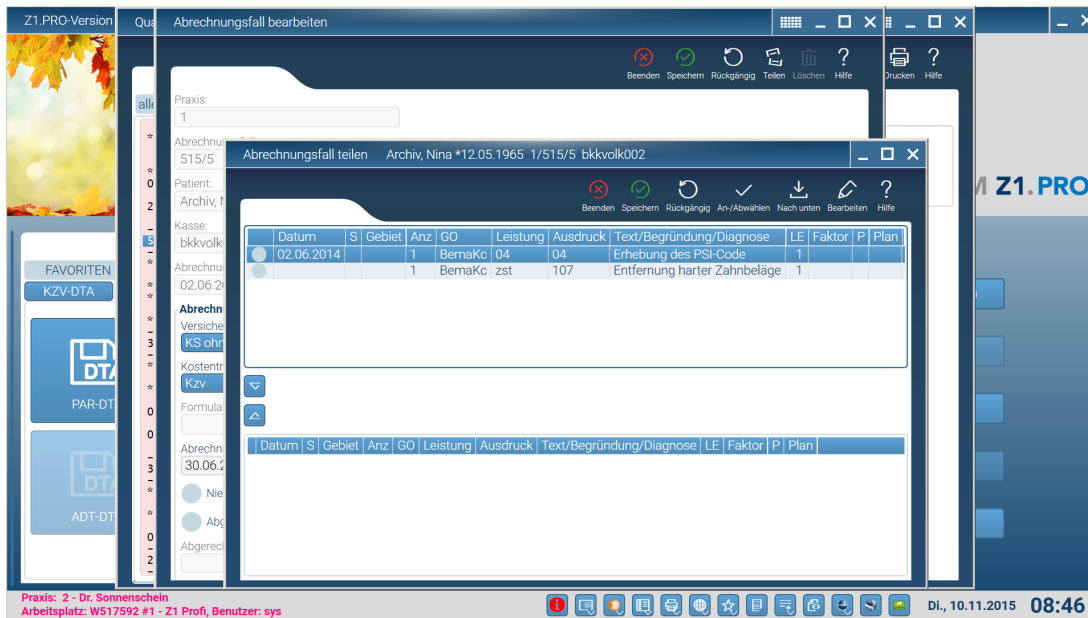
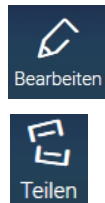
Zur Bearbeitung des Fehler-/Hinweisprotokolls markieren Sie den gewünschten Patienten entsprechend (gelber Balken). Sie können nun über das Symbol (siehe rechts oben) oder **Strg + k** in die Behandlungserfassung oder über das Symbol (siehe rechts unten) oder **Strg + p** in den Patientenstamm verzweigen.



Beispiel: Das Prüfmodul meldet den Fehler "Betragsangabe fehlend, 0 oder ungültig". Positionieren Sie entsprechend auf der fehlerhaften Leistung. Bei einem Leistungsfehler und Aufruf der Karteikarte wird zur besseren Orientierung direkt die beanstandete Leistungszeile editiert. Nehmen Sie hier nun die entsprechende Korrektur vor und speichern Ihre Eingaben.

Hinweis: Leistungshinweise können, müssen aber nicht korrigiert werden. Diese Fälle gelangen ebenso wie Fälle mit Stammdatenhinweisen auf den Datenträger, sofern nicht explizit ein Stammdatenfehler zusätzlich die Meldung enthält: DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG. Mit Verlassen der Karteikarte kehrt **Z1.PRO** an die Stelle zurück, von wo der Aufruf erfolgte. Sie können nun einen weiteren Patienten bearbeiten. Zur Korrektur evtl. Fehler in den Patientenstammdaten verfahren Sie entsprechend.

Möchten Sie hingegen nur alle Leistungen des aufgeführten Abrechnungsfalls schnell mal einsehen, steht zusätzlich die Funktion für die Bearbeitung/Ansicht des Abrechnungsfalls zur Verfügung (Aufruf über **F3** oder das nebenstehende Symbol siehe rechts oben). Über **Strg + t** oder das nebenstehende Symbol (siehe rechts unten) erhalten Sie in Form einer verkleinerten Behandlungserfassung die Möglichkeit, bereits erfasste Leistungen einzusehen.



Sind alle Fehler korrigiert, verlassen Sie die Protokolle des Bema-Prüfmoduls. Damit die Änderungen auch zur Abrechnung gelangen, starten Sie nun die Aufbereitung der KCH-Quartalsabrechnung erneut, indem Sie die Abfrage im eingblendeten Fenster mit „Ja“ bestätigen. Im Anschluss an den Prüflauf wird ggf. – falls nicht alle Fehler korrigiert wurden – erneut das Protokoll des Bema-Prüfmoduls aufgerufen oder – wenn alle Fehler korrigiert wurden – direkt die Erstellung des **DTA-Datenträgers** angeboten.

Sind noch Meldungen in der Hinweisliste des Prüfmoduls vorhanden, Sie möchten diese aber unberücksichtigt lassen, beenden Sie das Protokoll des Bema-Prüfmoduls. Sie werden aufgefordert, einen Datenträger für die Datenträgererstellung einzulegen.

Hinweis: Im rechten Bildschirm der Fehler-/Hinweisliste erhalten Sie eine Information über die Anzahl der abzurechnenden bzw. der ggf. nicht abrechenbaren Fälle. Nicht abrechenbar ist ein Fall z.B. dann, wenn kein Versichertennachweis (KVK-Karte, MEV oder Schein) für das aktuelle Quartal vorliegt.

- **Suchfunktion in den Listen der KCH-Quartalsabrechnung**

Nach Aufbereitung der KCH-Quartalsabrechnung steht Ihnen im Fehler-/Hinweisprotokoll, Fallzahlprotokoll sowie im Transparenzmodul eine **Suchfunktion** zur Verfügung. Diese ermöglicht eine gezielte und vereinfachte Suche z.B. nach einem bestimmten Patienten.



Der Aufruf der Suchfunktion erfolgt mit **F5** oder mit Mausklick auf das Fernglas.

The screenshot shows the 'Quartalsabrechnung KCH - Fehlerprotokoll 1/15' window. At the top, there is a navigation bar with icons for 'Beenden', 'Karteikarte', 'Patient', 'Bearbeiten', 'Fälle', 'Kein VN', 'Fehler', 'Hinweise', 'Fallzahlen', and 'Leistungen'. Below this is a tabbed interface with tabs for 'alle Stempel', 'Stempel 1', 'Stempel 2', 'Stempel 3', 'Stempel 4', 'Privat 5', 'Stempel 6', 'Privat 7', and 'Stempel 8'. The main area displays a list of errors for patient '624/3/1 TEST 243, Hugo 27.11.1965 barmer0 Vorquartal 4/14'. The errors are:

- **** Stammdatenfehler Karte/KS fehlt oder abgelaufen
- **** Stammdatenfehler DER FALL GELANGT NICHT AUF DIE DTA-DISKETTE!!!
- **** Stammdatenfehler Versicherungsnachweis fehlt!
- **** Stammdatenfehler DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG!
- **** Stammdatenfehler Beginn und/oder Ende des Versicherungsschutzes falsch oder fehlend!
- **** Stammdatenfehler DER FALL GELANGT NICHT ZUR DTA-ABRECHNUNG!

 A search dialog box is open over the second error, titled 'Bitte Parameter eintragen'. It contains a search field with the text 'Suchen nach:' and a 'Weiter' button. The dialog box also shows a close button and a keyboard icon.

KCH-Abrechnung

Tragen Sie im Feld „Suchen nach“ den gewünschten Suchtext – bspw. den Patientennamen oder die Anfangsbuchstaben des Namens – ein. Die Groß- oder Kleinschreibung bleibt hierbei unberücksichtigt. Nach der Eingabe und Mausklick auf „Weiter“ wird die entsprechende Fundstelle angezeigt und blau markiert.

Falls dies nicht die gewünschte Suchstelle ist, kann weiter gesucht werden, indem die folgende Frage einfach mit „Ja“ beantwortet wird:

** HINWEIS	Hinweis: Versichertennummer manuell erfasst	
28.01.15	670	Vom Bema-Modul nicht abgerechnet Leistung

386/5/1	Mustermann zu Wandersleben a, Hans Werner	
**** Stammdatenfehler	Karte/KS fehlt oder abgelaufen DER FALL GELANGT NICHT ZUR VERSICHERUNG	
**** Stammdatenfehler	Versicherungsnachweis fehlt DER FALL GELANGT NICHT ZUR VERSICHERUNG	
** Stammdatenfehler	Versichertenstatusergänzung Begründung (Ziffer 1)	
20.10.14	A935d 0	

– □ ×

Weiter suchen?

Ja
Nein

Wenn die Suche abgeschlossen ist und keine weiteren Stellen gefunden werden, erscheint ein Hinweisfenster. Mit Bestätigen auf „Ja“ kann auf Wunsch erneut ab Dateianfang gesucht werden.

** HINWEIS	Hinweis: Versichertennummer manuell erfasst	
02.01.15	01	Nicht übermittelbar: Nur einmal pro Kalenderhalbjahr abrechenbar
26.03.15	18 2650	Vom Bema-Modul nicht abschließen Leistung

515/5/1	Archiv, Nina	12.05.1965 bkkvolk Vorquartal
**** Stammdatenfehler	Karte/KS fehlt oder abgelaufen DER FALL GELANGT NICHT ZUR VERSICHERUNG	
** Stammdatenhinweis	BKV-Abgleich notwendig?	
**** Stammdatenfehler	Versicherungsnachweis fehlt DER FALL GELANGT NICHT ZUR VERSICHERUNG	
** Stammdatenfehler	Versichertennummer falsch	

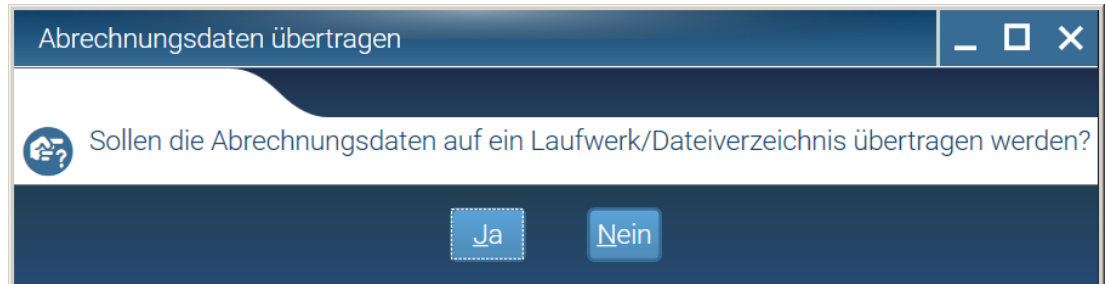
– □ ×

Ab Anfang suchen?

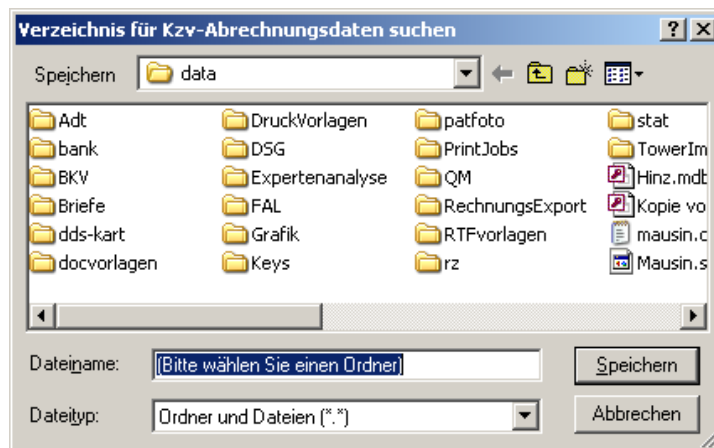
Ja
Nein

4. ERSTELLEN DES DTA-DATENTRÄGERS

Wurden bei der Ermittlung der Abrechnungsdaten keine Fehler festgestellt, erhalten Sie nach erfolgreichem Suchlauf die Möglichkeit, die Abrechnungsdaten auf ein Laufwerk oder in ein Dateiverzeichnis zu übertragen.



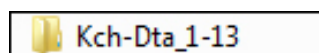
Nach Bestätigen von „Ja“ erscheint folgendes Fenster:



Über die bekannten Windows-Funktionen kann das gewünschte Verzeichnis aus der Auswahlbox eingestellt werden. Wichtig hierbei ist, dass das Verzeichnis leer ist und noch keine Daten enthält. Sofern kein leeres Verzeichnis/Ordner vorhanden ist, kann hier an dieser Stelle ein neues Verzeichnis angelegt werden.

Als Ordner-/Verzeichnisname sollte ein sinnvoller Name vergeben werden, damit die Abrechnungsdateien auch wieder aufgefunden werden können.

Zum Beispiel:



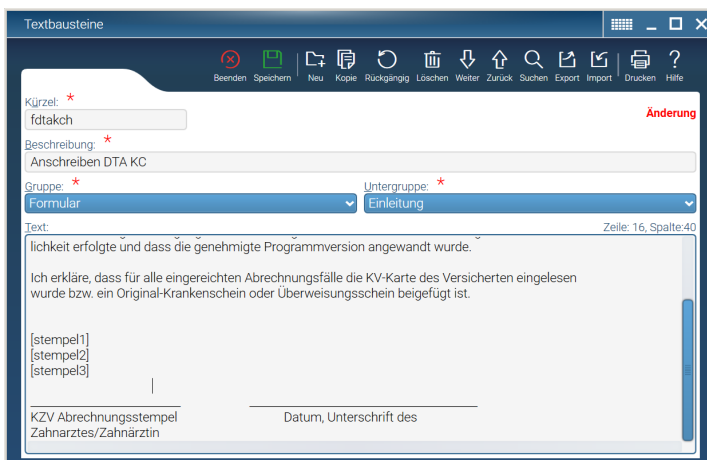
Mit Mausclick auf "Speichern" werden die Dateien im zuvor ausgewählten Verzeichnis abgelegt.

Hinweis: Wird kein leerer **Datenträger** zum Kopieren der Abrechnungsdaten eingelegt, weist **Z1.PRO** Sie entsprechend darauf hin. Wenn die Abfrage „Möchten Sie es mit einer anderen Datenträger nochmal versuchen?“ mit **„Nein“** beantwortet wird, bietet Ihnen **Z1.PRO** an, den Datenträgerinhalt zu löschen. Wenn diese Abfrage mit **„Ja“** beantwortet wird, erhalten Sie vorsichtshalber noch einmal die Sicherheitsabfrage „Werden die auf dem Datenträger befindlichen Daten noch benötigt?“. Wenn Sie unsicher sind (vielleicht befinden sich schon Abrechnungsdaten auf dem Datenträger, die noch benötigt werden), beantworten Sie die Abfrage mit **„Ja“** und wechseln im Anschluss den Datenträger. Sind Sie sicher, dass die Daten nicht mehr benötigt werden, bestätigen Sie mit **„Nein“**. Die Daten auf dem Datenträger werden dann endgültig gelöscht und die Abrechnungsdaten kopiert. Im Anschluss erhalten Sie die Möglichkeit, eine Ersatzdatenträger zu erstellen.

Nach Erstellen des DTA-Datenträgers wird angezeigt, was auf den **Aufkleber** übertragen werden muss, damit die KZV in der Lage ist, diesen einwandfrei zuzuordnen. Kommen Sie dieser Aufforderung nach oder bestätigen Sie mit **„Ja“**, um den Aufkleber auszudrucken. Im Bereich **„Formularname“** können in der Formularauswahl weitere Aufkleberformate ausgewählt werden. Insgesamt stehen folgende Aufkleber für den Ausdruck zur Verfügung: Datenträgeraufkleber; Aufkleber 7x2, DIN A4; Datenträgeraufkleber 7x3, DIN A4.

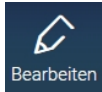
Nach Ausdruck des Aufklebers erhalten Sie die Möglichkeit, den **DTA-Begleitzettel** auszudrucken. Neben dem Praxisabsender und den Abrechnungsdaten wird auch die Anzahl der in der Datei befindlichen Fälle ausgegeben. Der Text des **DTA-KCH-Begleitzettels** kann im Menüpunkt „Stammdaten - Kassen/Texte - Textbausteine“ unter dem Namen **fdtakch** geändert werden. In den Formularparametern finden Sie den KCH-Begleitzettel im Register **„Praxisverwaltung“** unter dem Ordner **„Anlagen“**.

Des Weiteren kann auf dem **KCH-DTA-Begleitzettel** auf Wunsch auch gleich der Praxisstempel mit ausgedruckt werden. Z1.PRO sieht unter *Stammdaten – Praxis – Praxisinhaber* für den Praxisstempel 8 Zeilen vor. Für die Ausgabe des Stempels auf dem KCH-DTA-Begleitzettel können Sie selbst bestimmen, ob bzw. welche der 8 Zeilen dort ausgegeben werden sollen. Sofern Sie von der direkten Stempelausgabe Gebrauch machen möchten, tragen Sie im zugehörigen Textbaustein **fdtakch** für die jeweilige Zeile die Variablen [stempel1], [stempel2], [stempel3] etc. bis max. [stempel8] ein.



Hinweis: Falls der McAfee-Virus-Scanner installiert und die Z1.PRO-Virenprüfung lizenziert wurde, wird nach Erstellen der KCH-DTA-Datei die Virenprüfung angeboten.

5. LISTEN DER Z1.PRO-QUARTALSABRECHNUNG



In der Quartalsabrechnung können über das nebenstehende Symbol (Bearbeiten) oder **F3** unterschiedliche **Listen** - die während der Aufbereitung der Abrechnung erzeugt werden - abgerufen werden.

Wurden bei der Ermittlung der Fälle noch Fehler in den Abrechnungsdaten gefunden, wird diese Funktion aufgerufen und das Fehlerprotokoll des Bema-Prüfmoduls angezeigt. Alle Listen eines Abrechnungsquartals stehen erst dann zur Verfügung, sobald einmal der Suchlauf über das gewünschte Quartal gestartet wurde. Werden neue Leistungen erfasst, ist auch ein erneuter Suchlauf erforderlich, damit alle neu ermittelten Daten den Listen zur Verfügung stehen. Selbstverständlich können alle Listen auch ausgedruckt werden.

Listen und Protokolle zurückliegender Quartale stehen ebenfalls weiterhin zur Verfügung. Geben Sie in diesem Fall im Feld „**Quartal**“ das gewünschte Abrechnungsquartal ein und wählen im Anschluss direkt die erneute Bearbeitung/Einsicht aus (Symbol Hammer oder **F3**).



- Z1.PRO-PATIENTENLISTE:

In dieser Liste finden Sie alle abzurechnenden Fälle nach Sortiervorgaben Ihrer KZV. Der Aufruf erfolgt über das nebenstehende Symbol oder **Strg + I**. Der **Patientenliste** können Sie anhand des Abrechnungszeitraums entnehmen, ob es sich bei dem abzurechnenden Patienten um einen Vorquartalsfall handelt (in diesem Fall wird vor dem Zeitraum zusätzlich der Buchstabe „v“ ausgegeben). Notfallleistungen werden durch ein N und Unfallleistungen durch ein U hinter dem Abrechnungszeitraum gekennzeichnet.

Pat.-Nr.	Lfd.-Nr.	Patient	Geb.-Datum	Kasse	Vq	Zeitraum	Info
16	79	Baurmann, Angelika	10.04.1973	technik	v	08.12.-08.12.14	
641	14	KFO Kind, Wind	01.02.1998	aokko	v	28.01.-28.01.15	
648	1	KFO Kind, Sonnenschein	02.04.2012	barmer1		03.08.-03.08.15 !	
624	3	TEST 243, Hugo	27.11.1965	barmer0	v	08.12.-08.12.14 !	
60	3	ZaAG, Nadine	12.12.1967	barmer0	v	01.10.-01.10.14	
197	10	Zenz-Ufer, Gabriele	09.06.1962	technik	v	08.12.-08.12.14 !	

Fälle insgesamt
 abrechenbar: 3
 nicht abrechenbar: 3

Gehe zu Patient: 641 KFO Kind, Wind
 Sortierung: Alphabetisch

- **Leistungsbezogene Besonderheiten:**

Ä60 (ggf. zzgl. Zuschläge) – Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzten

Ä61 (ggf. zzgl. Zuschläge) – Beistand bei anderem Arzt, je angefangene halbe Stunde

Ä70 – Kurze Bescheinigung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ä75 – Ausführlicher schriftlicher Krankheits- oder Befundbericht

Wird eine dieser Leistungen als einzige Maßnahme innerhalb des Quartals erfasst, so wird dem KCH-DTA der Grund 2 übermittelt.

- **Kennzeichnung der Leistung 01**

Zur Leistung 01 können die Gründe

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 2 = Kieferbruch | 3 = Kieferorthopädie |
| 4 = Parodontologie | 5 = Zahnersatz |

erfasst werden. Diese Kennzeichnung ist für den KCH-Datenträgeraustausch bei über 18-jährigen Patienten dann erforderlich, wenn im gleichen Quartal weitere Leistungen aus anderen Abrechnungsbereichen (ZE, KBR, PAR oder KFO) erbracht wurden, welche nicht über den KCH-DTA abgerechnet werden. In diesem Falle ist der Patient zuzahlungspflichtig. Diese Kennzeichnung wird in der Behandlungserfassung zur Leistung 01 im Feld „Grund“ vorgenommen. Die Abrechnungsmodule übermitteln den erfassten Grund auf Fallebene. Entsprechend ist der eingetragene Grund im Transparenzmodul einsehbar. Im folgenden Fall wurde Grund “5 (Versorgung mit Zahnersatz)” erfasst und unter “Zuzahlungspflicht begründet” ausgegeben.

```

Kasse: 113212237404 BKK Continental Hannover

Versichertenstatus:      10001
Versichertennummer:     120703194513
Versichertenname:       Norbert Gültig
Geburtsdatum (jjjjmmtt): 19450307
Wohnortkennzeichen:    09446
Postleitzahl:          50677
Wohnort des Versicherten: Köln
Einlesedatum der KVK (jjjjmmtt): 20060220
Leistungsbereich, der die
Zuzahlungspflicht begründet: 5 (Versorgung mit Zahnersatz)
Zuzahlungskennzeichen (Praxis): 0
Feststellungscode auf Fallebene: 000
    
```

- KVK/KS-MAHNUNGEN DRUCKEN

Über die **Quartalsabrechnung KCH** können auch KVK/KS-Mahnungen gedruckt werden. Über das nebenstehende Symbol oder **Strg+m** wird eine Liste mit Patienten, bei denen kein gültiger Versichertenachweis (KV-Karte nicht eingelesen, Krankenschein fehlt) vorliegt, ausgegeben. Sofern im Patientenstamm eine Telefonnummer aufgenommen wurde, wird diese hier mit angezeigt. Soll diese Liste als Grundlage für eine telefonische Erinnerung genutzt werden, kann diese über das nebenstehende Symbol oder **F11** ausgedruckt werden. Bestätigen Sie in diesem Fall die Abfrage "Listendruck" mit „Ja“.



Weiterhin kann für alle oder einzelne Patienten eine Krankenscheinmahnung ausgedruckt werden. Nach Aufruf der Mahnliste sind bereits alle Patienten mit einem Häkchen markiert. Durch Entfernen des Häkchens können einzelne Patienten vom Mahnungsdruck ausgeschlossen werden. Über das Druckersymbol können die KVK/KS-Mahnungen gedruckt werden. Die Abfrage **“Listendruck“** bestätigen Sie in diesem Fall mit **Nein**. Der Formularname **„KVK-Mahnung“** ist hier bereits vorbelegt. Das Formular **„KVK-Mahnung“** kann hinsichtlich des Briefkopfes, der Absenderzeile etc. (Formular 0310 KVK-Mahnung“) geändert werden. Der Text der Mahnung ist im Textbaustein **„fmahnks“** im Bereich Einleitungstext eingetragen und kann anhand Ihrer Wünsche verändert werden.

- LISTENSORTIERUNG:

Unabhängig von den Sortiereinstellungen in der Quartalsabrechnung (Menüpunkt “Stamm-daten\Praxis\KZV-Parameter\Quartalsabrechnung“) kann die Liste der **abrechenbaren Fälle** und die **KVK/KS-Mahnliste** über das Feld **“Sortierung“** umgestellt werden. Hier haben Sie die Auswahl, sich die Liste “alphabetisch“ oder nach den Vorschriften der “KZV“ anzeigen zu lassen.

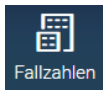
Über das Feld **“Gehe zu Patient“** (Anwahl mit Mausclick oder **Alt+p**) kann ein Patient wie folgt angewählt werden:

- **F5** zeigt die Liste aller Patienten der aktuellen Liste an, Anwahl mit den Pfeiltasten und **Enter**.
- Eingabe seiner Patientenummer
- Eingabe seines Nachnamens

Wenn Sie einen Patienten suchen/eingegeben haben, der in der Liste nicht vorhanden ist, wird auf dem nächsten Patienten aufgesetzt.

- DAS FALLZAHLPROTOKOLL (QUARTALSFÄLLE)

Den Aufruf der Liste aller ermittelten **Quartalsfälle** nehmen Sie über das nebenstehende Symbol oder **Strg + q** vor. Es werden alle Fälle nach **Kassenbereichen**, nach **Ost- oder Westzugehörigkeit** und nach **Versichertenstatus (M/F/R)** mit der entsprechenden Anzahl ausgegeben. Am Ende der Liste erhalten Sie einen Hinweis, falls der Abrechnung **Originalbelege** (Scheine) beizufügen sind.



- KASSENSUMMENLISTE

Mit Anwahl des Druckersymbols kann entweder der Ausdruck des **Fallzahlenprotokolls** oder der **Kassensummenliste** vorgenommen werden.



Bei Beantworten der Abfrage „Fallzahlprotokoll drucken?“ mit **“Ja“** erfolgt der Druck des Fallzahlprotokolls. Mit Auswahl von **“Nein“** erhalten Sie die Möglichkeit zum Ausdruck einer **Kassensummenliste**. In dieser Liste werden die abrechenbaren Krankenkassen des aktuell selektierten Quartals in separaten Kategorien (Ersatzkassen, Primärkassen, Sonstige Kostenträger, KZV-fremde Primärkassen etc.) je BKV-Nummer und Status M/F/R getrennt aufgeführt inkl. weiterer Informationen.

Zusammengeführt werden alle Krankenkassen mit gleichen BKV-Nummern. Wird eine Krankenkasse trotz gleicher BKV-Nummer doppelt aufgeführt, so liegt dies an einem Unterschied in den Ost-/West-Punktwerten dieser Krankenkasse.

Wurden die Leistungen q601 bis q604 erfasst, werden die zugehörigen Summen in der Spalte **“Mat/Lab”** ausgegeben und fließen in die Gesamtsumme mit ein.

Sofern unter **Stammdaten\Praxis\KZV-Parameter\Quartalsabrechnung** die Option **“VdAK/AEV zusammenfassen”** aktiviert wurde, werden in der **Kassensummenliste** alle VdAK-Krankenkassen mit gleichen Punktwerten zusammengefasst. Auf die Angabe der BKV-Nummer muss in diesem Falle verzichtet werden.

- DER LEISTUNGSSPIEGEL

Im **Leistungsspiegel** werden all die Leistungen, die über die DTA-Datei abgerechnet wurden, angezeigt. Die Leistungen sind insgesamt, also nicht pro Patient und Fall aufgeführt. Die Einzelaufstellung der Patientendaten und der dazugehörigen Leistungen können Sie dem **Transparenzmodul** entnehmen. Der Aufruf des Leistungsspiegels erfolgt über das nebenstehende Symbol oder **F7** (Gebührenpositionen).



- DIE TRANSPARENZ-ANZEIGE

Den Aufruf der **Transparenz-Anzeige** nehmen Sie über das nebenstehende Symbol oder **Strg + i** vor. Im ersten Teil der Liste werden die allgemeinen Praxisdaten (z.B. KZV-Nummer, Stempeldaten) und weitere allgemeine Daten (z.B. eingesetzte Version des Sendemoduls) angezeigt. Des Weiteren ist jeder abgerechnete Fall mit allen abgerechneten Einzelleistungen angegeben. Diese Liste kann je nach Anzahl der Patienten sehr umfangreich sein.



An die Transparenzanzeige werden neben den Daten des aktuellen Quartals auch das Datum der letzten abgerechneten Leistung nach BEMA ä1, 01, 01k, zst, fu, f1 bis f3 inkl. Füllungslagen, psi und ip-Leistungen übermittelt, sofern sich dieses in den letzten 8 Quartalen befindet. Ebenfalls übermittelt werden (im abzurechnenden Quartal) die zum Zeitpunkt des ersten Sitzungsdatums vorhandenen Zähne. Wird am ersten Leistungsdatum eine 01, 01k, oder fu erfasst, werden die vorhanden Zähne aus dem aktuell erfassten Befund übergeben. Liegt die letzte Untersuchung in einem Vorquartal, wird der aktuelle Arbeitsbefund übergeben.

```
Letze Ä1 vor dem Leistungsquartal: 20100407 (JJJJMMTT)
Letze 01 vor dem Leistungsquartal: 20100114 (JJJJMMTT)
Zur Erstsitzung vorhandene Zähne: 15,14,13,12,11,21,22,23,24,25,45,43,42,
41,31,32,33,35
```

und

```
Letze FU vor dem Leistungsquartal: 20100702 (JJJJMMTT)
Zur Erstsitzung vorhandene Zähne: 54,53,52,51,61,62,85,84,83,82,81,71,72
```

Wegen der Aufbewahrungspflicht wird mit dem Erstellen der Abrechnung und Abrechnungsdatei die Transparenzanzeigedatei auf dem Rechner gespeichert. Dadurch können auch zurückliegende Quartale nach Eingabe des Quartals und Aufruf der Bearbeitungsfunktion (**F3** oder über das nebenstehende Symbol) eingesehen werden.



Zusätzlich zur Ansicht der Abrechnungsdateien auf der Festplatte kann die Transparenzanzeigedatei des **Datenträgers** aufgerufen werden. Hierzu muss der DTA-Datenträger in das Laufwerk eingelegt werden, das Abrechnungsquartal muss dem des eingestellten Quartals entsprechen und vom eingestellten Praxisinhaber sein. Wurde die Abrechnung des Datenträgers für einen anderen Stempel erstellt als angemeldet, muss zuvor der entsprechende Stempel (Praxis) angemeldet werden.

6. DTA-ERSATZDATENTRÄGER (WIEDERHOLUNG)

Sollte ein Datenträger, den Sie bei der KZV eingereicht haben, **nicht lesbar** sein, können Sie über diesen Menüpunkt einen **weiteren Abrechnungsdatenträger** erstellen. Beachten Sie bitte, dass im Feld **"Quartal"** das korrekte Abrechnungsquartal eingetragen ist. Wird ein Quartal angegeben, für das noch kein Originaldatenträger erstellt wurde, ist das Symbol inaktiv angezeigt. Das Kopieren der Abrechnungsdaten erfolgt über das nebenstehende Symbol oder **Strg + e** (für **Ersatzdatenträger**). Folgen Sie bitte nun den Bildschirmanweisungen.

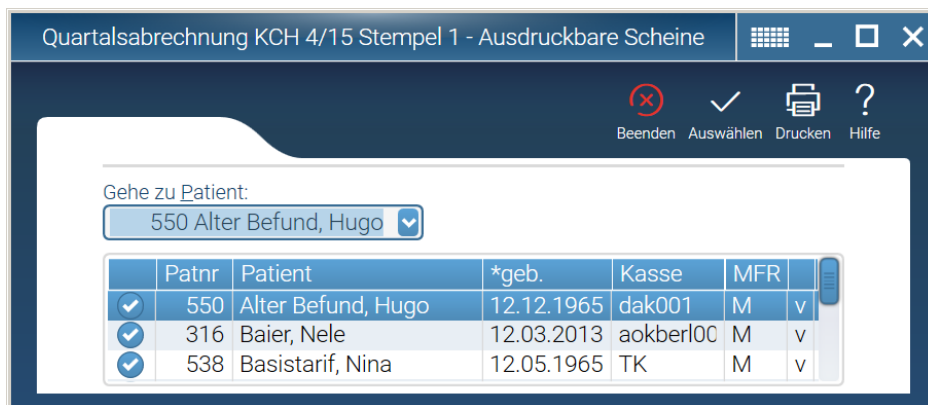


7. ERFASSUNGSSCHEINE AUSDRUCKEN

Bevor Sie den Ausdruck starten, prüfen Sie ggf. bitte die **Stammdateneinstellungen** zur **Quartalsabrechnung**. Wählen Sie hierzu in den **Stammdaten** den Reiter **"Praxis\KZV-Parametern\ Quartalsabrechnung"** aus.

Im unteren Teil der Bildschirmmaske werden alle Parameter zum **"Druck des Erfassungsscheins"** ausgegeben. Beachten Sie zu diesen Einstellungen die Aufführungen unter **Einrichten individueller Stammdaten**, dort unter **3. Die KZV-spezifischen Daten**.

Den Druck der Erfassungsscheine (ggf. zusätzlich zum erstellten DTA-Datenträger), starten Sie über das Druckersymbol oder **F11**. Die nachfolgende Abfrage **„Listendruck?“** beantworten Sie in diesem Fall mit **„Nein“** und Z1.PRO verzweigt daraufhin in den Druckdialog **"Ausdruckbare Scheine"**. In dieser Liste sind alle zu druckenden Scheine bereits markiert. Sollen alle Scheine ausgedruckt werden, können diese mit erneuter Anwahl des Druckersymbols oder **F11** ausgedruckt werden.



Sollen nur Erfassungsscheine einer speziellen Krankenkasse oder spezieller Patienten gedruckt werden, wählen Sie zunächst alle Patienten der Liste über das nebenstehende Symbol oder **Strg + s** ab. Nun können alle die Patienten ausgewählt werden, für die Scheine gedruckt werden sollen. Zum schnelleren Auffinden der gesuchten Patienten kann mit **Alt + p** in die Funktion **„Gehe zu Patient“** verzweigt werden. Hier wird durch Eingabe des Patientennamens oder der Patientennummer der entsprechende Patient sofort in der Liste markiert.

Möchten Sie Erfassungsscheine für alle Patienten einer bestimmten Kasse ausdrucken, kann mit **Alt + k** in die **Kassenauswahl** verzweigt werden. Durch Eingabe des Kassenkürzels oder Auswahl mit **F5** kann die gewünschte Kasse gesucht und mit **Enter** eingestellt werden. Der erste Patient, der in dieser Kasse mit abrechenbaren Leistungen aufgefunden wird, wird in der Liste markiert. Wählen Sie nun alle weiteren Patienten dieser Kasse an.

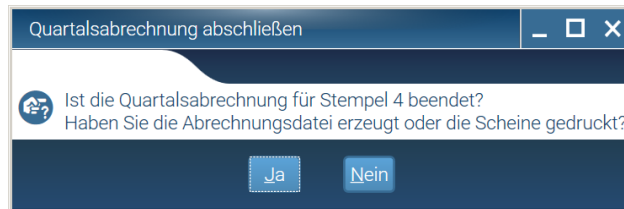
Hinweis: Sofern die Kassenauswahl im Fenster **„Ausdruckbare Scheine“** nicht angeboten wird, verlassen Sie dieses mit **Esc**, wählen in der Liste der Patienten mit abrechenbaren Leistungen die Sortierung **„KZV“** und erneut den Druckdialog (**F11**) an. Alle Scheine der markierten Patienten der Liste können nun über **F11** oder das Druckersymbol gedruckt werden.

Der Ausdruck der Erfassungsscheine erfolgt auf Einzelblatt-Vordrucke. Im Z1.PRO-Druckdialog steht im Bereich **„Formularname“** das Formular **„Erfassungsschein (Einzelblatt)“** zur Verfügung. Beachten Sie ggf. auch die weiteren Hinweise zum Z1.PRO-Druckdialog unter **Systemeinstellungen / 1. Drucker** auf der Handbuch-CD-ROM.

8. ABSCHLUSS KCH-ABRECHNUNG



Nach durchgeführter Quartalsabrechnung **muss** diese über das nebenstehende Symbol oder **Strg + j** abgeschlossen werden. Es erfolgt vorsichtshalber eine Sicherheitsabfrage, die nur dann mit **"Ja"** beantwortet werden sollte, wenn folgende Schritte durchgeführt wurden:



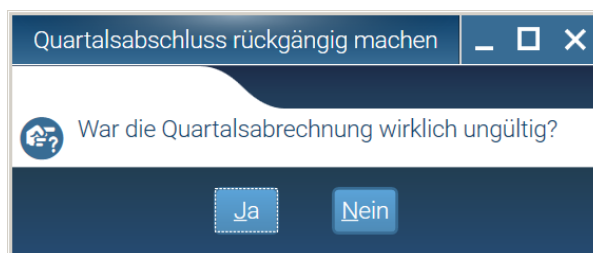
- **DTA-Datenträger erstellt ?** (ggf. Ausdruck der EDV-Erklärung, Aufkleber)
- **DTA-Ersatzdatenträger erstellt ?**
- **Erfassungsscheine ausgedruckt ?** (ggf. für eine spezielle Kasse, z.B. Sozialamt)

Nachdem Sie sicher sind, alle abrechnungsrelevanten Schritte durchgeführt zu haben, schließen Sie die Abrechnung über o.g. Symbol ab. Dabei werden alle zur KCH-Abrechnung gelangten Leistungen als "abgerechnet" gekennzeichnet (grau unterlegt). Eine Änderung dieser Behandlungszeilen ist dann nicht mehr möglich.

Hinweis: Bei Mehrstempelpraxen ist der Abschluss der Quartalsabrechnung separat – je Abrechnungsstempel – vorzunehmen !!!!



Das Erstellen eines **Ersatzdatenträgers** ist weiterhin über das nebenstehende Symbol oder **Strg + e** möglich. Für den Fall, dass die Abrechnung versehentlich abgeschlossen wurde, aber die Daten nochmal erneut selektiert werden müssen (z.B. weil noch Leistungen nacherfasst wurden), können über das nebenstehende Symbol oder **Strg + j** die Behandlungszeilen des abgerechneten Quartals wieder entsperrt (freigegeben) werden.



Nach Bestätigen mit **"Ja"** wird die Freigabe der Leistungen gestartet. Nach Beenden des Durchlaufs erhalten Sie einen entsprechenden Hinweis.

9. ANHANG

■ Fragen und Antworten zum KCH-DTA-Fehlerprotokoll

Allgemeine Informationen (Einführung):

Die vom KCH-Abrechnungsmodul zu den Leistungen durchgeführten quartalsübergreifenden Plausibilitätsprüfungen umfassen die in Teil 1 des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragszahnärztliche Leistungen“ (Bema) aufgeführten Gebührenordnungspositionen und die zugehörigen Abrechnungsregeln. Das beinhaltet auch quartalsübergreifende Fristen, die ab Version 1.7 des KCH-Abrechnungsmoduls berücksichtigt werden. Somit werden auch die Abrechnungsbestimmungen, die anhand der Leistungshistorie zum Patienten – durch Rückblicke in Vorquartale – überprüft (z.B. bei der Abrechnung der Geb.Nr. „01“).

Welche Leistungen werden quartalsübergreifend geprüft?

Die im Bema enthaltenen Abrechnungsfristen werden bei den Leistungen Ä1, 01, 04, 05, 107, IP1/2/4 und FU überprüft. Außerdem wird die zweijährige Gewährleistungsfrist bei Wiederholungsfüllungen und die Behandlung nicht vorhandener Zähne geprüft.

Wann sind Leistungen, die einer Frist bis zur wiederholten Erbringung unterliegen, erneut abrechenbar?

Die Leistungen Ä1, 01, 04, 05, 107, IP1/2/4 und FU sowie ein- bis dreiflächige Füllungen unterliegen bestimmten Fristen bis zur nächsten möglichen Erbringung. Zu unterscheiden sind hierbei Leistungen, die Tag-genauen Fristen unterliegen und Leistungen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes abgerechnet werden können. Taggenauen Fristen unterliegen die Leistungen Ä1, 01 und FU sowie die Gewährleistungsfristen für ein- bis dreiflächige Füllungen, d. h. diese Leistungen dürfen erst nach Ablauf eines bestimmten Zeitraumes erneut erbracht werden. Die Leistungen 04, 05, 107 und IP1/2/4 können innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erbracht werden und unterliegen keinem exakten Ablauf einer Frist (Einzelheiten sind in der nachfolgenden Tabelle enthalten).

Leistung	Auszug aus der Abrechnungsbestimmung	Beispiel / Erläuterung
Ä1	Im Folgequartal nur erneut abrechenbar, wenn zwischen vorausgegangener Ä1 oder 01 ein Zeitraum von 18 Tagen überschritten ist (als alleinige Leistung immer abrechenbar).	Im Vorquartal war die letzte Ä1 am 15.09., dann neben einer zahnärztlichen Leistung erst ab dem 04.10. erneut abrechenbar (18-Tage-Frist greift).
01	Wiederholt oder nach einer FU frühestens nach Ablauf von 4 Monaten abrechenbar	Erbringung einer 01 oder FU am 01.04., 01 erneut abrechenbar ab 02.08. (4-Monats-Frist greift)
04	Einmal in zwei Jahren	Erbringung am 15.12.2009, erneute Abrechnung erst ab dem 1. Tag des 4. Quartals 2011.
05	Einmal innerhalb von 12 Monaten	Bei Erbringung am 10.03.2010, ab dem 1. Quartal 2011 erneut abrechenbar (analog d. Regelung zur "04").
107	Einmal pro Kalenderjahr	Nur einmal innerhalb des Zeitraumes 01.01. bis 31.12. abrechenbar, im Folgejahr ebenso.
IP1/2/4	Je Kalenderhalbjahr einmal; IP4 bei hohem Kariesrisiko zweimal	Einmal (IP4: ggf. zweimal) innerhalb des Zeitraumes 01.01.-30.06. und einmal (IP4: ggf. zweimal) innerhalb des Zeitraumes 01.07.-31.12.
FU	Abstand zwischen den FUs mindestens zwölf Monate	Bei Durchführung einer FU am 01.02.2010 kann die nächste FU erst wieder ab dem 02.02.2011 abgerechnet werden.
ein- bis dreiflächige Füllungen	Eintritt der Gewährleistung (Wiederholung der Füllung innerhalb von zwei Jahren)	Erbringung am 09.06.2009, eine Wiederholungsfüllung (dieselben Flächen am selben Zahn) kann erst wieder ab dem 10.06.2011 abgerechnet werden.

Für welche Füllungen gilt die Gewährleistungsfrist?

Die Gewährleistungsfrist gilt nur für ein- bis dreiflächige Wiederholungsfüllungen an bleibenden Zähnen.

Wie wird die Gewährleistungsfrist bei Füllungen überprüft?

Bei Füllungen erkennt das KCH-Abrechnungsmodul anhand der Zahn- und Flächenangaben, ob die Gewährleistung überhaupt zu prüfen ist.

Zahnalsfüllungen unterliegen nicht der Gewährleistungsfrist, wie werden diese gekennzeichnet?

Für Füllungen, die den Zahnhalsbereich betreffen wurde, das neue Kennzeichen (keine eigenständige Füllungsfläche) „z“ eingeführt, das zusätzlich zu den bisher bekannten Flächenangaben anzugeben ist. Wurde bisher für eine zervikale Füllung die Flächenbezeichnung „v“ dem KCH-Abrechnungsmodul übergeben, so ist dies in „vz“ zu ändern. Mit der Angabe „v“ wird die einflächige vestibuläre Füllung bezeichnet, die der Gewährleistung unterliegt.

Kann eine Wiederholungsfüllung innerhalb der Gewährleistung erneut erbracht werden?

Wenn besondere Umstände vorliegen, die nicht auf einem Verschulden des Zahnarztes basieren, kann eine Füllung innerhalb der Gewährleistungsfrist erneut erbracht werden. In diesem Fall wird in dem Feld „KZV-interne Mitteilung“ eine entsprechende Angabe gemacht. Ist keine Angabe in dem Feld „KZV-interne Mitteilung“ vorhanden, gibt das Abrechnungsmodul den Fehler „Nicht abrechenbar, da innerhalb der zweijährigen Gewährleistung ohne Angabe besonderer Umstände“ aus. Beachten Sie hierzu bitte auch die Hinweise in den weiteren FAQ's.

Bei welchen Leistungen wird die Überprüfung der vorhandenen Zähne durchgeführt?

Die Überprüfung der vorhandenen Zähne erfolgt bei den Leistungen pV, bMF, allen Füllungen, KK, St, Cp, P, Pulp, VitE, Dev, Trep1, WK, Med, WF, X1, X2, X3, Ost1, Hem, Ost2 / 2650, WR1, WR2, WR3 und IP5.

*Wird also **eine Osteotomie** an einem – im Befund üblicherweise fehlenden Zahn durchgeführt – führt dies zu einer Fehlermeldung im DTA-Modul. Es gibt die Möglichkeit, dass Sie die Leistung mit einem KZV-internen Kommentar dokumentieren oder den Befund „f“ in vorhanden ändern.*

Wie erfolgt die Angabe zu den vorhandenen Zähnen?

Für diese Angabe wird von Z1.PRO der Befund an das Abrechnungsmodul übergeben. Handelt es sich um einen Notfall oder einen Schmerzpatienten und es wird keine 01 erfasst, so können Sie einen Arbeitsbefund (Leistung „a“) erfassen. Der Arbeitsbefund wird dem DTA-Modul zur Verfügung gestellt.

■ Mögliche Fehlermeldungen des Bema-Prüfmoduls

Frage zur IP4 – (2 mal im Kalenderhalbjahr erfasst):
Der folgende Hinweis erscheint im KCH-DTA. Was muss ich tun?

10/2/1	Musterkind, Felix	13.10.1999	technik
22.11.10	IP4	15.09.10	Nur bei hohem Kariesrisiko 2x je Kalenderhalbjahr abrechenbar (KZV-interne Mitteilung erforderlich)

Antwort: Bei diesem Patienten wurde die Leistung IP4 mehr als 1x im Kalenderhalbjahr erfasst. Die KZBV erwartet in diesem Fall eine „leistungsbezogene KZV-interne Mitteilung“.

Lösung:

Rufen Sie den Patienten in der Z1.PRO-Behandlungserfassung auf und tragen bei der zuletzt erfassten IP4 eine KZV-interne Mitteilung mit „:“ (Doppelpunkt) ein wie z.B.:

23.11.10		ip4	:hohes Kariesrisiko	1
----------	--	-----	---------------------	---

Sollte beim Patienten bereits eine Dokumentation vorhanden sein, nehmen Sie den Eintrag bitte mit einem „&“ (kaufmännisches UND) hinter der vorhandenen Dokumentation vor:

23.11.10		ip4	<Schmelzentkalkung, &hohes Kariesrisiko	1
----------	--	-----	---	---

Frage zur IP4 – (3 mal im Kalenderhalbjahr erfasst):

Bei einem Patienten wurde die Leistung IP4 im Kalenderhalbjahr 3x erfasst. Es liegt ein hohes Kariesrisiko vor, welches auch als KZV-interne Mitteilung erfasst wurde. Dennoch gibt das Fehlerprotokoll den folgenden Hinweis aus. Was bedeutet das Datum und was muss ich tun?

10/2/1	Musterkind, Felix	13.10.1999	technik
22.11.10	IP4	02.02.92	hohes Kariesrisiko Bereits 2x im selben Kalenderhalbjahr abgerechnet

Antwort: Das Prüfmodul der KZBV sieht die Ausgabe dieses Hinweises vor. Das Datum **02.02.92** ist ein von der KZBV vorgegebenes Datum, welches von Ihnen nicht geändert werden kann. Es wird für die Übermittlung der Daten an die KZV benötigt.

Frage zur Abrechnung ZST (mehrfach innerhalb eines Jahres erfasst):

Bei einem Patienten wurde innerhalb eines Jahres die Leistung ZST mehrfach erfasst. Im KCH-DTA erscheint der folgende Hinweis. Kann ich diesen übergehen?

13/1/1	Friedrich, Michael	16.11.1963	aokrh00
22.11.10	107	03.07.10	Nur einmal pro Jahr abrechenbar

Antwort: Ja! Wenn Sie sicher sind, dass die Leistung erneut zur Abrechnung über den KCH-DTA gelangen soll, können Sie diese Meldung übergehen. Es handelt sich hierbei um einen Hinweis der KZBV, der gleichzeitig die Information enthält, dass die Leistung **ZST** zuletzt am 03.07.10 erbracht wurde. Denn der aktuelle KCH-DTA sieht die Notwendigkeit vor, dass auch bei der Leistung **ZST** geprüft wird, wann diese zuletzt innerhalb eines Jahres erfasst wurde. Die Leistung kommt in jedem Fall zur Abrechnung; wird in dem Fall aber nochmals von Ihrer KZV geprüft.

Was bedeuten die Hinweise im Transparenzmodul?

Die neuen Abrechnungsmodule der KZBV sehen vor, dass viele patientenbezogene Informationen im Transparenzmodul ausgegeben werden. Hierzu folgende Beispiele:

- Die zu Beginn des Quartals vorhandenen Zähne werden jetzt ausgegeben:

Versichertenart:	1
Versichertenname:	Frederik Meier
Geburtsdatum:	20060619 (JJJJMMTT)
Wohnortkennzeichen:	11111
Postleitzahl:	56070
Wohnort des Versicherten:	Koblenz
Ende des Versicherungsschutzes:	1512 (JJMM)
Abweichendes Leistungsquartal:	2010Q3 (JJJJ"Q"Q)
Zur Erstsitzung vorhandene Zähne:	55,54,53,52,51,61,62,63,64,65,85,84,83,82,81,71,72,73,74,75
Zuzahlungskennz. (Praxisgebühr):	1
Feststellungscode auf Fallebene:	0000

Die KZBV sieht die Übergabe von maximal 40 Zähnen pro Patient vor. Bei einem reinen Milchzahngewiss sieht das wie oben beschrieben aus.

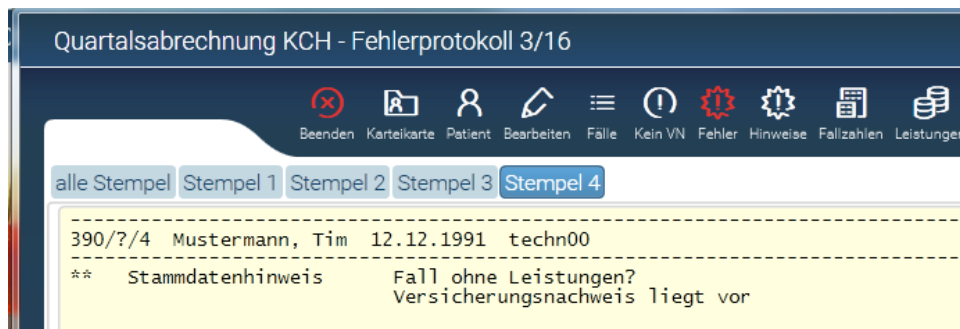
- Bei einigen Leistungen – wie z.B. bei der **Ä1** –> das Datum der zuletzt erfassten **Ä1** aus dem Vorquartal wird nun ebenfalls hier ausgegeben:

Versichertenart:	1
Versichertenname:	Timo Schallen
Geburtsdatum:	20010421 (JJJJMMTT)
Wohnortkennzeichen:	11111
Postleitzahl:	56727
Wohnort des Versicherten:	Mayen
Ende des Versicherungsschutzes:	1412 (JJMM)
Letzte Ä1 vor dem Leistungsquartal:	20100701 (JJJJMMTT)

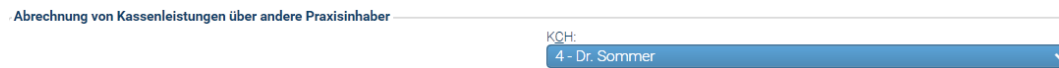
■ Fall ohne Leistungen

In den **Stammdaten – Praxis – KZV-Parameter** gibt es für die Quartalsabrechnung (im oberen Bereich) die Option Fälle ohne Leistung dem Stempelinh. zuweisen.

Wenn Sie diese Option anwählen, werden Patienten mit vorhandenem Versicherungsnachweis, aber **fehlenden KCH-Leistungen** im Hinweisprotokoll – Mausklick auf das nebenstehende Symbol (**Strg + a**) – unter dem entsprechenden Stempel angezeigt. Voraussetzung dafür ist, dass der im Patientenstamm eingetragene Stammbehandler dem korrekten Stempel zugewiesen ist.



Die Hinweise werden nun ebenfalls unter dem richtigen Praxisinhaber dargestellt, wenn eine Umleitung des Stempels auf einen anderen Stempel (in den sonstigen Einstellungen im Praxisinhaber) eingestellt ist.



Index

A

Abrechnung
DTA (KCH) 1
Abrechnungsdatenträger 15
Abrechnungstempel 1, 4

B

Behandlung 1, 4
Behandlungserfassung 6
Bema-Prüfmodul 7, 11
BKV 3

D

Datenträger 15
Datenträger (DTA) 1
Datenträgeraustausch 1
Datenträgererstellung 7
Diskette (DTA) 14
Druckdialog 15
Drucken
Erfassungsscheine 15
KVK/KS-Mahnungen 12, 13
DTA-Abrechnung 3
DTA-Begleitzettel 10
DTA-Datenträger 4, 7, 9, 15, 17
DTA-Diskette 14

E

Erfassungsscheine 1, 15, 17
Ersatzdatenträger 15, 17
Erstellung
DTA-Datenträger 4, 7, 9

F

Fallzahlprotokoll 13
Fehlerprotokoll 4, 5, 11

H

Hinweisprotokoll 4, 5

K

Kassenstamm 3
Krankenschein 1, 12, 13
KVK/KS-Mahnungen drucken 12
KZV-Gebiet 3
KZV-Parameter 3, 13, 15

L

Leistungsspiegel 14

M

Mahnungen drucken 12

P

Patientenliste 11
Patientennummer 13

Q

Quartalsabrechnung 3, 11, 13, 15
Quartalsabrechnung KCH 12

S

Stammdaten 3, 15
Status 13

T

Textbaustein 10
Transparenz-Anzeige 14