

Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Vereinbarungen über Mehr- und Zusatzleistungen
für Kassenpatienten gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Benutzeranleitung

Stand: 25. Oktober 2023



1. Einleitung	4
1.1 AVL und KFO-Nachtrag	4
1.2 Mehrkostenvereinbarungen	4
1.3 Druckmöglichkeiten	6
a) Anlage Mehrkosten nach § 29 Abs. 7 SGB V (nur aktiv bei Kassenpatienten)	6
b) Drucken Vereinbarung mit detaillierten Texten (Kassen- und Privatpatienten)	7
c) Druckauswahl der Planung -> Anlage zu priv. Vereinbarungen (nur Kassenpatienten)	7
2. Kurzübersicht – Erstellung einer Mehrkostenvereinbarung	8
So funktioniert es	8
Kurzübersicht am Beispiel einer Mehrkostenvereinbarung	8
2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)	9
2.1 Neue Mehrkostenvereinbarung anlegen	9
2.2 Erläuterung der einzelnen Funktionen	13
2.2.1 MK-Leistungen = Beantragung der Leistungen	13
2.2.2 Mehrkosten für Abschläge	14
Abrechnung der Mehrkosten für die Abschläge	14
a) Summe der Mehrkosten für die Abschläge in einer Summe abrechnen:	15
b) Summe der Mehrkosten für die Abschläge aufteilen in einzelne Abschläge:	16
Hinweis zu den privaten Statistiken Leistungsspiegel und Honorarsummen:	18
2.2.3 Mehrkosten für Labor	19
2.2.4 Anzeige der Gesamtsummen	21
2.2.5 Anlage Mehrkosten Drucken der Vereinbarung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V	21
2.2.5.1 Musterdruck Formular gemäß § 29 Abs. 7 SGB V – Seite 1	24
2.2.5.2 Musterdruck Formular gemäß § 29 Abs. 7 SGB V – Seite 2	25
2.2.6 Erläuterungen zu den Leistungsarten M/Z/A	26
2.2.7 Fragen in Bezug auf die Vereinbarung nach § 29 Abs. 7 SGB V	29
2.2.8 abzüglich Rabatt	30
2.2.9 Erläuterung der zusätzlichen Schaltflächen	30
2.3 Button Drucken	32
2.4 Allgemeine Hinweise	33
2.5 Vorhandene Vereinbarungen erneut öffnen	33
2.5.1 Programm Planung	33
2.5.2 Programm Patientenakte	34
3. Ab wann soll eine Vereinbarung aktiv sein? (Parameter 115)	35
a) Vereinbarung sollen sofort nach der Planerstellung automatisch aktiv sein	35
b) Vereinbarung wird manuell aktiviert (z. B. wenn Einverständnis schriftlichen vorliegt)	35
c) So wird der Status geändert	37

4. Abrechnung der außervertraglichen Leistungen bei Kassenpatienten	38
4.1 Folgende Abrechnungswege sind möglich	38
4.2 Die Leistungen sollen sofort abgerechnet werden, nachdem sie erbracht wurden	38
4.3 Die Leistungen sollen erst nach Abschluss der Behandlung abgerechnet werden	39
4.4 Die außervertraglichen Leistungen werden per Raten gezahlt. Am Abschluss der Behandlung erhält der Patient eine Übersicht	40
5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen	41
5.1 Informationen	41
5.2 So funktioniert die Neuanlage einer Tabelle	41
5.2.1 Erster Schritt – Programm Leistungsbausteine/Tabellen	41
5.2.2 Zweiter Schritt - Name für die neue Mehrkostenplanung festlegen	42
5.2.3 Dritter Schritt - Leistungen für die neue Mehrkostenplanung festlegen	42
5.2.4 Viertes Schritt – Individuelle Texte für die neue Mehrkostenplanung eingeben	43
5.2.5 Hinweis für FQP-Nutzer	46
5.3 Anlegen neuer MK-Leistungen in der GOZ-Datenverwaltung	48
6. Parameter 44 - Praxisindividuelle Einstellungen für MK-Vereinbarungen	51
7. Hinweise zu gespeicherten MK-Leistungen in der Patientenakte	52
7.1 Änderungen über Details bei einer gespeicherten MK-Leistung	52
7.2 Kassenpunktwert	52

1. Einleitung

Im ortho Express-Programm stehen Ihnen für das Vereinbaren von außervertraglichen Leistungen (AVL) zwei Programmfunktionen zur Verfügung:

- AVL-Pläne und
- Mehrkostenvereinbarung

Der Aufruf der Funktionen |AVL und KFO-Nachtrag | und |Mehrkostenvereinbarungen| erfolgt über die Programme |KFO-Planung| und |Patientenakte|.

1.1 |AVL und KFO-Nachtrag |

Die Funktion |AVL und KFO-Nachtrag | dient zur Erstellung von Nachträgen und private Vereinbarungen (= AVL-Pläne) für Kassenpatienten, Privatpatienten, Kostenerstattungspatienten, KIG-Ausgrenzungen und Erwachsenenbehandlungen.

Für Kassenpatienten können hier auch Vereinbarungen über zusätzliche Leistungen (Z) und andere Leistungen (A) erstellt werden.

Die Eingabe erfolgt analog zu den Mehrkostenvereinbarungen.

1.2 |Mehrkostenvereinbarungen|

Die |Mehrkostenvereinbarungen| ist nur bei Kassenpatienten aktiv.

Hier können Sie Vereinbarungen über Mehrkostenleistungen (M), zusätzliche Leistungen (Z) und andere Leistungen (A) gemäß § 29 Abs. 7 SGB V erstellen.

Die Eingabe der Mehrkostenleistungen erfolgt durch spezielle Leistungspositionen (MK-Leistungen), die sowohl die GOZ-Position als auch die BEMA-Position beinhalten und bei denen die Kosten für die analoge BEMA-Leistung von den Kosten der GOZ-Leistung automatisch abgezogen werden. Diese Gegenrechnung gibt es auch für Abschlagspositionen und Laborbeträge.

Zusätzliche Leistungen (Z) und andere Leistungen (A) werden über die Gebührennummern der GOZ/GOÄ und ggf. GOZ-Materialien eingegeben.

Wenn der Patient der Mehrkostenvereinbarung zustimmt und die vereinbarte Behandlung durchgeführt wird, werden die abzurechnenden MK-Leistungen für die Abrechnung in der |Patientenakte| erfasst.

1. Einleitung

Das Programm speichert die MK-Leistung mit der GOZ-Position und dem errechneten Mehrkostenbetrag sowie die zugehörige abzugsfähige Bema-Leistung für die Abrechnungen (Privat und Kasse).

Die Mehrkosten für Abschläge und Labor werden direkt bei der Mehrkosten-Planung als Gesamtsummen für die Behandlung in der |Patientenakte| zur Abrechnung gespeichert. Der Zeitpunkt, wann diese Beträge abgerechnet werden sollen, kann von Ihnen bestimmt werden.

Mit der Quartalsabrechnung wird für den Patienten eine Privatrechnung über die Mehrkosten erstellt. Die Rechnung enthält die GOZ-Leistungen abzüglich der Bema-Leistungen sowie die gesamten Mehrkosten für Abschläge und Labor. Die private Mehrkostenrechnung kann auch unabhängig von der Quartalsabrechnung erstellt werden.

Die abzüglichen Bema-Leistungen (= Kassenanteil) werden im Zuge der Kassen-Quartalsabrechnung automatisch abgerechnet.

1. Einleitung

1.3 Druckmöglichkeiten

Für das Ausdrucken der Vereinbarungen (AVL-Pläne und Mehrkostenvereinbarungen) stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

a) |Anlage Mehrkosten| nach § 29 Abs. 7 SGB V (nur aktiv bei Kassenpatienten)

Für den Ausdruck stehen Ihnen bei Kassenpatienten ab 01.10.2023 über den Button |Anlage Mehrkosten| das Formular „Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen nach § 29 Abs. 7 SGB V“ zur Verfügung:

Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Entgeltvereinbarung Folgevereinbarung Vereinbarungsnummer: 33 / 4

Frau Müller "Musterstraße 21" 20335 Eimsbörn Frau Anna Test Testweg 23 20335 Eimsbörn	Vergütungsrichtlinien T 450 Karin Müller Musterstraße 100 PO Musterstraße 22 20335 Eimsbörn Tel.: 04121-236 100 E-Mail: muller@ortho-express.de
--	---

Zwischen Frau Anna Test
 und Karin Müller
 für Anna Test
 vereinbart folgende Leistungen (mit Sonderleistungen):

weder für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privatärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)

Leistungen	Betrag in EUR
Privatärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ	300,00
Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach SGB V	(54,00)
Zusatzsumme	(54,00)
Vorausichtliche private Material- und Laborkosten	50,00
für vorausichtlicher Kostenanteil	194,00

Anklärung über zusatzleistungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten

Mehr Zahnärztin/ Zahnarzt hat mit verschiedenen kieferorthopädischen Behandlungsmethoden erklärt. Dabei hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach SGB V) und bei der ich nicht zusätzlich zahlen muss. Hinsichtlich dieser Krankenkassendeckung einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft.

Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zusatzleistungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen; ich verpflichte mich, die erforderlichen Mehrkosten selbst zu tragen.

Ort, Datum: 20335 Eimsbörn, 20.10.2023
 Or, Datum: Or, Datum

Unterschrift Zusatzleistung: Unterschrift Zusatzleistung

Seite 1 von 3

Karin Müller
 Musterstraße 100 PO

Anhang: Kostenaufstellung
 zur Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V
 für Anna Test Vereinbarungsnummer: 33 / 4

Erläuterung zur Tabelle
 Art der Leistung:
 M = Mehrleistungen: Einen Teil der Kosten für diese Leistungen trägt der/die Versicherte. Den anderen Teil trägt die Krankenkasse.
 Z = Zusatzleistungen: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig der/die Versicherte.
 A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig der/die Versicherte.

Kostenanteil Versicherte:
 Die Kostenaufstellung beruht auf den aktuellen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und den aktuellen Preisen für Materialien und Laborleistungen. Im Lauf der Behandlung können sich z. B. Vergütungen und Preise ändern. Deshalb handelt es sich in der nachfolgenden Aufstellung um vorausichtliche Kostenanteile und Beträge. Es kann auch sein, dass sich die Behandlungsleistungen ändern und Sie eine Folgevereinbarung erhalten.

Privatärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ und Sonderleistungen				Von der Krankenkasse zu tragende Kostenanteil nach SGB V				Kostenanteil Versicherte	
Art	Leistung	Einheit	Anz.	Betrag	Art	Leistung	Anz.	Betrag	Betrag
M	Zahnärztliche Leistungen	2,5	0	150,00	Z	Private Material- und Laborleistungen	0	150,00	150,00
M	Private Material- und Laborleistungen	2,5	0	150,00	M	Zahnärztliche Leistungen	0	150,00	150,00
A	Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung	2,5	1	50,00					50,00
Z	Zusatzleistungen	0	1	50,00					50,00
Zusatzleistungen				300,00					300,00
				Vorausichtlicher Kostenanteil der/die Versicherte(r) für die oben genannten privatärztlichen Leistungen:					194,00
				Vorausichtliche private Material- und Laborkosten:					50,00
				Von der/die Versicherte(r) voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag:					194,00

1. Einleitung

b) |Drucken| Vereinbarung mit detaillierten Texten (Kassen- und Privatpatienten)

Einen Ausdruck mit den zusätzlichen Leistungen und mit detaillierten Texten erstellen Sie über den Button |Drucken|. Für Privatpatienten erfolgt der Ausdruck der außervertraglichen Vereinbarung (AVL-Pläne) immer über diesen Button.

Karla Müller
Musterstraße 22
25335 Elmshorn

Musterstraße 22
25335 Elmshorn
Tel.: 0425-228-100
muel@private-bdka-mueller.de

von Frau Anna Test geb. 22.05.2001

Datum: 23.10.2023
Antrag: 33 / 4

Vereinbarung zur kieferorthopädischen Behandlung **Keramikbrackets**

Ist wurde darüber aufklärt, dass aufgrund der derzeit bestehenden Verträge im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung eine notwendige, ausweidende und erweiternde Versorgung gewährleistet ist und Leistungen, die über dieses Leistungsangebot hinausgehen, von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Abrechnung der zusätzlichen Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/GOA) gemäß nachfolgendem Kostenvorschlag.

KOSTENVORANSCHLAG

PROZ.	Leistungsbeschreibung	Einheit	Preis	Stück	Preis	Stück	Summe
8100	Eingliederung eines Keramikbrackets	1Stk	123,04	2,0			246,08
	abzüglich GOV-Leistung		112,86				112,86
8110	Erstellung eines Keramikbrackets	12Stk	54,30	2,5			135,75
	abzüglich GOV-Leistung		35,82				35,82
8000	Röntg. Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation	1	54,83	2,0			109,66
A5004	Parodontaufnahme der Kiefer	1	41,85	1,0			41,85
	voraussichtliche Mehrkosten Honorar						134,80 EUR
	voraussichtliche Mehrkosten Labor						50,00 EUR
	voraussichtliche Mehrkosten						184,80 EUR

Erklärung: Da ich mir als Zahlungspflichtiger bewußt bin, dass für die oben genannten zahnärztlichen Leistungen eine Entlastung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, so verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Behandlers

*) BEM V 171 Nr. 1: Die Leistungen müssen ausweidend, erweiternd und verweidend sein. Die Kosten der Weid- und Erweiterung sind im Besonderen Leistungen, die nicht notwendig, aber wirtschaftlich sind. Höherer Verdienst heißt insbesondere, dass die Leistungen weniger selbst bezahlen und stellen die Kostenkassen nicht bezahlen.

Seite 1 von 1

c) Druckauswahl der Planung -> |Anlage zu priv. Vereinbarungen| (nur Kassenpatienten)

Für einen Kassenpatienten können Sie über die Funktion |Anlage zu priv. Vereinbarungen| eine Übersicht aller Kosten (Behandlungsplan und Vereinbarungen) erstellen.

Für die Nutzung ist Microsoft Word erforderlich.

Der Ausdruck umfasst mehrere Seiten und beinhaltet auf den Folgeseiten Erläuterungstexte für die Patienten.

Das Formular entstand in Zusammenarbeit zwischen KZBV und BDK.

Datum: 24.10.2023
Antrag: 33

Anlage zur Vereinbarung von privatärztlichen Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung vom 06.10.2023

zwischen Karla Müller
Musterstraße 22
25335 Elmshorn

und

Patient: Anna Test geb.: 22.05.2001
Versicherter: Patrick Test geb.: 05.01.1969
Adresse: Testweg 55, 25335 Elmshorn
Kasse: AOK Nordost > Berlin

Information für den Patienten über die voraussichtlich entstehenden Kosten der kieferorthopädischen Behandlung

Sie haben sich für Leistungen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entschieden, die über die vertragliche Versorgung hinausgehen. Ergänzend zur Vereinbarung über diese Leistungen vom 06.10.2023 erhalten Sie die nachstehende Kostenaufstellung zur Information:

Kosten der vertragszahnärztlichen Versorgung die Ihre Krankenkasse übernimmt.	EUR	Kosten gemäß der Vereinbarung privatärztlicher Leistungen die von Ihnen zu tragen sind.	EUR
Zahnärztliches Honorar	2797,86	Zahnärztliches Honorar	3103,82
Material- und Laborkosten	1200,00	Material- und Laborkosten	500,00
Voraussichtliche Gesamtkosten der vertragszahnärztlichen Versorgung	3997,86	Voraussichtliche Kosten der vereinbarten Leistungen	3603,82
Vorläufiger Kassenanteil (Honorar und Material- u. Laborkosten)	3198,29	Ggf. abziehbare Beträge für zahnärztliche Kassenleistungen nach BEMA-Z	2425,75
Ihr vorläufiger Eigenanteil hieran beträgt 20 % / 10 % (Erläuterung siehe Hinweise für den Patienten)	799,57	Summe der von Ihnen voraussichtlich zu tragenden Zusatzkosten für die vereinbarten privatärztlichen und zahn-technischen Leistungen	1178,07
Ihr Eigenanteil nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung gemäß Behandlungsplan vom 06.10.2023	0		

2. Kurzübersicht – Erstellung einer Mehrkostenvereinbarung

So funktioniert es

Die Mehrkostenvereinbarungen können im Programm |Planung| über das Icon  |Mehrkostenvereinbarung| erfasst, geändert und gelöscht werden.

In der Patientenakte erfolgt die Eingabe über |KFO-Planung|.

Kurzübersicht am Beispiel einer Mehrkostenvereinbarung

1. Sie öffnen die Funktion für die Mehrkostenvereinbarung z. B. über das Icon  im Programm |Planung|.
2. Für die Erstellung der Vereinbarungen werden Tabellen angeboten.
Per Doppelklick wählen Sie eine Tabelle aus.
3. Im anschließend Bildschirm ergänzen Sie die vorgeschlagenen Leistungen.
Sie können Anzahlen, Faktoren und Begründungen (= Erläuterungen) eingeben.
4. Über den Button |Neu| können Sie weitere Leistungen einfügen.
5. Möchten Sie Mehrkosten für Abschläge berechnen, erfolgt die Eingabe über den Button |Abschläge|.
6. Um Labor-Mehrkosten einzugeben, öffnen Sie die Eingabe über den Button |Laborkosten|.
7. Den Ausdruck und das Archivieren führen Sie über den Button |Anlage Mehrkosten| aus.

Nachfolgend werden die einzelnen Funktionen und Einstellungsmöglichkeiten der Mehrkostenvereinbarungen detailliert beschrieben.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.1 Neue Mehrkostenvereinbarung anlegen

Um eine Mehrkostenvereinbarung zu erstellen, wählen Sie im Programm |Planung| einen Kassenpatienten an:

KIEFERORTHOPÄDISCHE - BEHANDLUNG

Patient : 33 **Test, Anna *22.05.2001 (M)** Alter: 22/04
Kasse : 145 **AOK Nordost >Berlin** Modell-Nr : Abr.-Arzt 1 Erf.: CF Datum 06.10.2023

kein EBZ-Plan

Behandlungsplan 01.01.2020 Beginn Q/JJ: /00
Verlängerung Verlängerung ab Q/JJ: /00
Therapieänderung

Indikationsgruppe
K I G 0 / 4
vom 01.01.2020
Schema zum KIG

Kassenplanung **Behandlungsplan**

Planung

Planungstexte
Beantragte Positionen

Planungs-Schablonen

für Patient Auswählen
als Schablone Ablegen
Schablone Ändern

Planungs-Entwürfe
Historie der Planungen
Plan - Status
EBZ-Mitteilung an Kasse
Druckauswahl
Beenden

Als Nächstes klicken Sie auf den Button (=Mehrkostenvereinbarung schreiben).

Sind für den Patienten noch keine Mehrkostenvereinbarungen erstellt worden, erhalten Sie folgende ähnliche Funktionsauswahl am Bildschirm:

Auswahl Mehrkosten - Planungen

Bezeichnung	Art	Tabelle
Mehrkosten Ausglieder	Privat	MEHR-A2702
Glasfibrerbrackets	Privat	MEHR-GL
Keramikbrackets	Privat	MEHR-KB
Mehrkosten	Privat	MEHR-L

OK

Es werden für die Erstellung der Mehrkostenvereinbarungen Tabellen angeboten.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Über diese Tabellen wird gesteuert

- a) welche Leistungen automatisch für die Beantragung angeboten werden und
- b) welche Kopf- und Fußtexte auf den Vereinbarungen ausgedruckt werden.

Alle Tabellen, die mit dem Kürzel **MEHR-** beginnen, sind Mehrkostenplanungen. Folgende Tabellen wurden von uns geliefert:

- **MEHR-A2702** = Mehrkostenvereinbarung Ausgliedern von Bögen nach Ä2702
- **MEHR-GL** = Mehrkostenvereinbarung über Glasfiberbrackets
- **MEHR-KB** = Mehrkostenvereinbarung über Keramikbrackets
- **MEHR-L** = Mehrkostenvereinbarung für unterschiedliche Leistungen

In Ihrer Praxis kann die Anzeige von unserem Muster abweichen, da Sie die Möglichkeit haben, diese Tabellen zu ändern und weitere anzulegen.

Markieren Sie eine der Tabellen und klicken Sie auf |OK|.

In dem nachfolgenden Beispiel wurde die Tabelle |Mehr-L| ausgewählt und die Anzahlen wurden manuell ergänzt.

Es wird das Erfassungsfenster für eine neue Mehrkostenvereinbarung geöffnet:

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

KFO - Mehrkostenvereinbarung für Kassenpatient

Datum 06.10.2023 / CF

Patient : 33 Test, Anna *22.05.2001 (M)
 Kasse : AOK Nordost >Berlin
 Abr.-Arzt : 1 Antragsdatum : 06.10.2023 (03)
 Modell-Nr :

Leistung	Bema	Anz.	Faktor	Begr.	Eigenanteil
MK6100K Eingliederung eines Keramikbrackets	126A	6	2,3000		23,40
MK6100G Eingliederung eines Glasfibrbrackets	126A		2,3000		
MK6110 Entfernung eines Klebebrackets	126D	6	2,3000		19,42
MK6120 Eingliederung eines Bandes	126B		2,3000		
MK6130 Entfernung eines Bandes	126D		2,3000		
MK6140 Eingliederung eines Teilbogens	127A		2,3000		
MK2702T Entfernen eines Bogens	127B		2,3000		
MK6150 Eingliederung eines ungeteilten Bogens	128A	1	2,3000		33,68
MK2702V Entfernen eines Bogens	128C	1	2,3000		31,51
MK6160V Verankerungsapparaturen u.ä.	130		2,3000		
MK6160G Gaumennaht-Erweiterungs-Apparatur	131A		2,3000		

Summen

Leistg. nach GOZ	287,25	minus Bema	179,24	=	108,01	EUR	Eigenanteil/Hon.
Abschläge Privat	1073,66	minus Bema	523,21	=	550,45	EUR	Eigenanteil/Abs.
Laborkosten Privat	1300,00	minus Kasse	750,00	=	550,00	EUR	Eigenanteil/Lab.
Privat	2660,91	minus Kasse	1452,45	=	1208,46	EUR	Eigenanteil

abzüglich Rabatt (Honorar: 0,00 %; Labor: 0,00 %) - gewährtem Rabatt: **1208,46**

Leistung: Neu, Anzahl, Faktor, Begründung
 Zusatz zum: Kopfte, Fußp
 Laborkosten
 Abschläge
 Privat-Abdingung
 Anlage Mehrkosten
 Beh-Manager
 autom. Eintrag
 Leistung
 To Do
 Info / n. Sitzung
 Löschen
 Abbrechen
 Drucken
 OK

MK-Leistungen
 abzgl. Bema-Leistungen
 Mehrkostenbetrag bzw. Eigenanteil des Patienten
 Berechnung der Kosten
 Erfassung der Labor-Mehrkosten
 Erfassung der Abschlags-Mehrkosten
 Ausdruck der Vereinbarung nach § 29 Abs. 7 SGB V

Die Leistungen und ggfs. Anzahlen, Faktoren und Begründungen (= Erläuterungen) werden aus der gewählten Tabelle in die Planung übernommen. Sie können diese Angaben beliebig ändern.

Für die Berechnung von Mehrkosten werden analoge Leistungsziffern genutzt.

Die Nummern beginnen mit dem Kürzel „MK“ (= Mehrkosten). Speziell für diese Leistungen ist die Berechnung GOZ-Honorar abzüglich Bema-Honorar eingestellt.

Das Programm enthält eine Auswahl dieser Leistungen:

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Gebühren-Auswahl: Gebühren-Suche: Filtern Sortierung der Suche: Nach Name Nach Abkürzung Nur gültige Gebühren anzeigen

GoZ	Abkürzung	Bezeichnung	Punkte / Preise
MK2702T		Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung vo...	300
MK2702V		Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung vo...	300
MK6030		Einfach Umformung mit Faktor 3,5	1350
MK6100G		Eingliederung eines Glasfiberbrackets	165
MK6100K		Eingliederung eines Keramikbrackets	165
MK6110		Entfernung eines Klebebrackets	70
MK6120		Eingliederung eines Bandes	230
MK6130		Entfernung eines Bandes	20
MK6140		Eingliederung eines Teilbogens	210
MK6150		Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, je Kiefer	500
MK6150P		Einglied.ungeteilter plasmabeh.Bogen	500
MK6150T		Einglied.ungeteilter thermoelast.Bogen	500
MK6150Z		Einglied.ungeteilter zahnfarbener Bogen	500
MK6160G		Gaumennaht-Erweiterungs-Apparatur	370
MK6160V		Verankerungsapparaturen u.ä.	370
MK-ABSCH		Gesamtmehrkosten für Abschläge	0
MK-ABS-T		Mehrkosten für Abschläge (Teilbetrag)	0
MK-LABOR		Gesamtmehrkosten für Labor	0
MK-PLAN		Abrechnung einer MK-Planung	0

In Ihrer Praxis kann die Anzeige von unserem Muster abweichen, da Sie die Möglichkeit haben, im Programm |Bema und GOZ/GOÄ| weitere MK-Leistungen anzulegen.

Eine Beschreibung zum Anlegen weiterer MK-Leistungen erhalten Sie im Kapitel 5.3.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2 Erläuterung der einzelnen Funktionen

2.2.1 MK-Leistungen = Beantragung der Leistungen

Für die Erstellung der Mehrkostenvereinbarung tragen Sie bei den zu beantragenden Leistungen die Anzahl und ggf. einen abweichenden ein.

Das Programm errechnet den Mehrkostenbetrag (= Eigenanteil für den Versicherten) und zeigt diesen in grüner Schrift an.

Leistung	Bema	Anz.	Faktor	Begr.	Eigenanteil
MK6100K Eingliederung eines Keramikbrackets	126A	6	2,3000		12,18
MK6100G Eingliederung eines Glasfibrbrackets	126A		2,3000		

Der Mehrkostenbetrag entsteht durch die Berechnung GOZ-Leistung abzgl. Bema-Leistung.

Bei einigen Positionen ist laut Gebührenordnung der Betrag der Bema-Leistung höher als der GOZ-Betrag. In diesen Fällen kann mit dem Standardfaktor kein Differenzbetrag ermittelt werden.

Die Anzahl wird nicht gespeichert (Beispiel):

Die Leistung MK6120 beinhaltet die Berechnung:
GOZ-Leistung 6120 abzüglich Bema-Leistung 126b

Da die Nr. 126B im Bema höher bewertet ist als die Nr. 6120 in der GOZ, ergeben sich bei Anwendung des GOZ-Faktors von 2,3 keine Mehrkosten, die dem Versicherten in Rechnung gestellt werden können.

Aus diesem Grund löscht das Programm automatisch die beantragte Anzahl.

Erhöhen Sie den Faktor jedoch so weit, dass Mehrkosten berechnet werden können, wird die beantragte Anzahl übernommen.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.2 Mehrkosten für Abschlüsse

Möchten Sie zu den beantragten Kassenabschlüssen Mehrkosten berechnen, dann klicken Sie auf die Schaltfläche |Abschlüsse|.

	Privat		Kasse		Eigenanteil
Oberkiefer :	60 (0)	2,3000		119 C	
Unterkiefer :	60 (0)	2,3000	-	119 B	=
Regelbiss :	60 (0)	2,3000		120 C	
Summen:					

Eigenanteil von EUR: 12 in 12 Einzelbeträge ab 06.10.23

Gesamt-Abschlag Begründung generieren

Im Fenster |Gegenrechnung für Abschlüsse| werden die beantragten Abschlüsse der Kassenplanung angezeigt und Sie tragen die benötigten Abschlagspositionen nach GOZ (ggf. mit abweichendem Faktor) unter der Spalte |Privat| ein:

	Privat		Kasse		Eigenanteil
Oberkiefer :	60 5 (0)	2,3000		119 C	169,59
Unterkiefer :	60 4 (0)	2,3000	-	119 B	52,80
Regelbiss :	60 8 (0)	2,3000		120 C	169,59
Summen:	1203,01		811,03		391,98

Eigenanteil von EUR: 391,98 in 12 Einzelbeträge ab 06.10.23

Gesamt-Abschlag Begründung generieren

Der Eigenanteil wird immer nur „für die noch nicht abgerechneten Abschlüsse“ berechnet.

Bei einem Plan wird von insgesamt 12 Abschlüssen ausgegangen, bei einer Verlängerung laut beantragte Anzahl der Abschlüsse.

Abrechnung der Mehrkosten für die Abschlüsse

Die Summe der Mehrkosten für die Abschlüsse kann in einer Summe abgerechnet werden oder aufgeteilt werden in einzelne Abschlüsse.

Bei Bedarf kann automatisch für die Abrechnung der Abschlagssummen eine Begründung generiert werden.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

So funktioniert es:

a) Summe der Mehrkosten für die Abschläge in einer Summe abrechnen:

Sie geben unter |Privat| die Einstufungen für die GOZ-Positionen ein und ändern ggf. den Faktor.

Soll bei der Rechnungsstellung automatisch eine Erläuterung für die Abschlagsmehrkosten ausgegeben werden, setzen Sie das Häkchen bei |Begründung generieren|:



Auf der Rechnung wird dann folgender Text aufgeführt (Muster für OK-Abschlag):

Bezeichnung / Begründung(*)	Bema
Gesamtmehrkosten für Abschläge	
+ 6050-OK Kieferumformung, hoher Umfang	
* abzüglich GKV-Leistung	119C

Anschließend beenden Sie die Eingabe über |OK|.

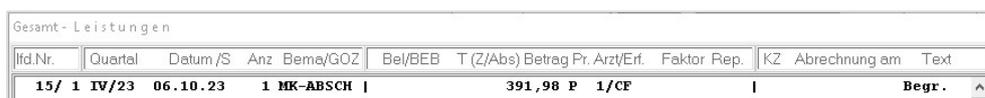
Die Berechnung des Mehrkostenbetrages für die Abschläge wird

➤ in der Vereinbarung unter |Summen| eingetragen:

Summen	
Leistg. nach GOZ	128,04 minus Bema 115,86 = 12,18 EUR Eigenanteil/Hon.
Abschläge Privat	1203,01 minus Bema 811,03 = 391,98 EUR Eigenanteil/Abs.

und

➤ automatisch in der |Patientenakte| für die nächste Abrechnung unter der analogen GOZ-Position MK-ABSCH vorgemerkt:



Auf der Rechnung wird die Leistung inkl. der automatisch generierten Begründung folgendermaßen abgerechnet:

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Muster:

Datum	Anz. GOZ/GOÄ	Bezeichnung / Begründung (*)	Bema	Betrag	Faktor
		Gesamtmehrkosten für Abschläge		391,98	
		* 6050-OK Kieferumformung, hoher Umfang			
		* abzüglich GKV-Leistung 119C			
		* 6040-UK Kieferumformung, mittlerer Umfang			
		* abzüglich GKV-Leistung 119B			
		* 6080 Einstellung in Regelbiss, hoher U			
		* abzüglich GKV-Leistung 120C			

Nehmen Sie in der Mehrkosten-Planung nachträglich Änderungen an den Mehrkosten-Abschlagspositionen vor, so werden diese in die Leistungserfassung übernommen. Allerdings nur, wenn die Beträge noch nicht abgerechnet worden sind.

b) Summe der Mehrkosten für die Abschläge aufteilen in einzelne Abschläge:

Sie geben unter |Privat| die Einstufungen für die GOZ-Positionen ein und ändern ggf. den Faktor.

Unter der Rubrik |Eigenanteil von ...| können Sie die automatische Vorgabe der Anzahl der abzurechnenden Einzelbeträge individuell ändern:

Eigenanteil von EUR **73,70** in Einzelbeträge ab

Das Datum, ab wann die Einzelbeträge abgerechnet werden sollen, kann auch bei Bedarf geändert werden.

Anschließend klicken Sie auf |Aufteilen|. Laut Ihren Vorgaben werden die Teilbeträge berechnet und inkl. des Speicherdatums für die Leistungserfassung angezeigt:

Abschläge aufteilen

Teilbeträge "MK-ABS-T" abrechnen am :

06.10.23	6,14
06.01.24	6,14
06.04.24	6,14
06.07.24	6,14
06.10.24	6,14
06.01.25	6,14
06.04.25	6,14
06.07.25	6,14
06.10.25	6,14
06.01.26	6,14
06.04.26	6,14
06.07.26	6,14

Begründung
 generieren

keine Aufteilung:

Aufteilung:

Alle Daten, werden automatisch in einem Abstand von drei Monaten ermittelt.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Sie können unter |Begründung| ein Häkchen setzen, damit für die Abrechnung automatisch eine Begründung erstellt wird.

Wünsche Sie die Aufteilung in mehrere Teilbeträge **nicht**, verlassen Sie diese Anzeige über |Abbrechen|. Es wird der Abschlag dann als Gesamtsumme abgerechnet. Diese Funktion können Sie auch nutzen, wenn die Mehrkostenvereinbarung bereits gespeichert wurde und noch keine Abschläge abgerechnet wurden.

Soll die Aufteilung der Teilbeträge für die Abrechnung übernommen werden, klicken Sie auf |Speichern|.

Anschließend beenden Sie die Eingabe über |OK|.

Die Berechnung des Mehrkostenbetrages für die Abschläge wird

➤ in der Vereinbarung unter |Summen| eingetragen:

Summen									
Leistung nach GOZ		128,04	minus Bema	115,86	=	12,18	EUR	Eigenanteil/Hon.	
Abschläge Privat		1203,01	minus Bema	811,03	=	391,98	EUR	Eigenanteil/Abs.	

und

➤ automatisch in der |Patientenakte| für die nächste Abrechnung jeweils unter der analogen GOZ-Position MK-ABS-T vorgemerkt:

Gesamt - Leistungen													
lfd.Nr.	Quartal	Datum/S	Anz	Bema/GOZ	Bel/BEB	T (Z/Abs)	Betrag Pr.	Arzt/Erf.	Faktor	Rep.	KZ	Abrechnung am	Text
15/	I	IV/23	06.10.23	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
16/	I	I/24	06.01.24	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
17/	I	II/24	06.04.24	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
18/	I	III/24	06.07.24	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
19/	I	IV/24	06.10.24	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
20/	I	I/25	06.01.25	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
21/	I	II/25	06.04.25	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
22/	I	III/25	06.07.25	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
23/	I	IV/25	06.10.25	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
24/	I	I/26	06.01.26	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
25/	I	II/26	06.04.26	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.
26/	I	III/26	06.07.26	1	MK-ABS-T		6,14	P	1/CF				Begr.

Auf der Rechnung wird die Leistung inkl. der automatisch generierten Begründung folgendermaßen abgerechnet werden:

Muster:

Datum	Anz.	GOZ/GOÄ	Bezeichnung / Begründung(*)	Bema	Betrag	Faktor
			Mehrkosten für Abschläge (Teilbetrag)		6,14	
			* 6060-OK Kieferumformung, hoher Umfang			
			* abzüglich GKV-Leistung 119C			
			* 6040-UK Kieferumformung, mittlerer Umfang			
			* abzüglich GKV-Leistung 119B			
			* 6080 Einstellung in Regelbiss, hoher U			
			* abzüglich GKV-Leistung 120C			

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Hinweis zu den privaten Statistiken Leistungsspiegel und Honorarsummen:

Im Leistungsspiegel werden die Beträge der Mehrkosten-Abschläge immer unter dem Datum berücksichtigt, unter dem sie in der Patientenakte gespeichert wurden.

In der Honorarsummenstatistik werden die Beträge der Mehrkosten-Abschläge immer unter dem Jahr aufgeführt, unter dem die Mehrkostenvereinbarung im Programm erfasst wurde. In der Honorarsummenstatistik können nur die Monate berücksichtigt werden! Es wird hier nicht nach Jahr unterschieden.

In Bezug auf unser o. g. Beispiel bedeutet das, dass die Beträge für z. B. Januar 2024, Januar 2025 und Januar 2026 alle gesamt in der Honorarsummenstatistik unterm Januar 2023 aufgeführt werden, da die Mehrkostenvereinbarung in unserem Beispiel im Jahr 2023 angelegt wurde.

Nutzen Sie die Mehrkostenvereinbarungen, empfehlen wir Ihnen, für die Ermittlung statistischer Werte den Leistungsspiegel zu nutzen.

Unter welchem Datum die Mehrkosten (MK-ABSCH) gespeichert und abgerechnet werden, steuert der |Parameter 44|. Siehe dazu bitte Kapitel 6.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.3 Mehrkosten für Labor

Sind zu den beantragten Kassenlaborkosten weitere Mehrkosten erforderlich, klicken Sie auf **| Laborkosten |**.



Laborkosten

Privat Behandlung (BEL/ BEB)

private Kosten :

Kassen Behandlung (BEL)

Kassen Kosten :

Eigenanteil Labor :

Kostenvoranschlag ✓ OK

Sie können den Mehrkostenbetrag für Labor direkt im Feld **| Eigenanteil Labor |** eingeben oder Sie lassen das Programm die Differenz zwischen dem Privatlaborbetrag und dem Kassenlaborbetrag ausrechnen, indem Sie die Beträge in die entsprechenden Felder eintragen.

Der Differenzbetrag erscheint dann im Feld **| Eigenanteil Labor |**. Eine Gegenrechnung einzelner Laborpositionen wie bei den Leistungen ist nicht möglich.

Bei der getrennten Erfassung der Laborbeträge in **| private Kosten |** und **| Kassen Kosten |** können Sie zur Information noch Erläuterungen in den beiden Textzeilen erfassen. Diese Texte werden inkl. der Laborbeträge auf der Vereinbarung ausgedruckt.

Der Text wird nur für den Druck genutzt, der über den Button **| Drucken |** vor dem Beenden des Patienten erfolgt. Er wird nicht gespeichert.

Beispiel für die Eingabe von Erläuterungstexten und geschätzte Beträgen:



Laborkosten

Privat Behandlung (BEL/ BEB)

vorauss. Privatlaborkosten

private Kosten : 1250,00

Kassen Behandlung (BEL)

abzgl. vorauss. Kassenlaborkosten

Kassen Kosten : 750,00

Eigenanteil Labor : 500,00

Kostenvoranschlag ✓ OK

Auf dem Ausdruck der Vereinbarung würde der Druck dann folgendermaßen aussehen:

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

vorauss. Privatlaborkosten	1250,00	
abzgl. vorauss. Kassenlaborkosten	750,00-	500,00

Wurde kein Erklärungstext eingegeben, sondern nur die Beträge, erfolgt der Druck in dieser Form:

voraussichtliche Mehrkosten Honorar		EUR	404,16
voraussichtliche Mehrkosten Labor		EUR	500,00
voraussichtliche Mehrkosten	G E S A M T	EUR	904,16

Über den Button |Kostenvoranschlag| können Sie die Beträge auch ermitteln, in dem Sie ein Kostenvoranschlag für die Kassenplanung und einen für eine Privatplanung erstellen. Das Programm übernimmt die Beträge automatisch in diese Anzeige und errechnet wie bei der manuellen Eingabe den Differenzbetrag.

Die Erstellung eines Kostenvoranschlags für Labor wird hier nicht beschrieben.

Beenden Sie die Eingabe über |OK|.

Hat das Programm einen Differenzbetrag für das Labor ermittelt, werden

- in der Vereinbarung die Beträge unter *Summen* eingetragen:

Summen									
Leistg. nach GOZ	128,04	minus Bema.	115,86	=	12,18	EUR	Eigenanteil/Hon.		
Abschläge Privat	1203,01	minus Bema.	811,03	=	391,98	EUR	Eigenanteil/Abs.		
Laborkosten Privat	1250,00	minus Kasse	750,00	=	500,00	EUR	Eigenanteil/Lab.		

und

- automatisch in der |Patientenakte| für die nächste Abrechnung unter der analogen GOZ-Position MK-LABOR vorgemerkt:

Gesamt - Leistungen													
lfd.Nr.	Quartal	Datum/S	Anz	Bema/GOZ	Bel/BEB	T (Z/Abs)	Betrag	Pr. Arzt/Erf.	Faktor	Rep.	KZ	Abrechnung am	Text
15/	1	IV/23	06.10.23	1	MK-LABOR		500,00	P	1/CF				

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.4 Anzeige der Gesamtsummen

Haben Sie alle Leistungen beantragt, dann sehen Sie unter |Summen| die Berechnung der Gesamtkosten. Hier wird u. a. das GOZ-Honorar minus dem BEMA-Honorar aufgeführt und der Mehrkostenbetrag in grün angezeigt:

Summen						
Leistg. nach GOZ	128,04	minus Bema	115,86	=	12,18	EUR Eigenanteil/Hon.
Abschläge Privat	1203,01	minus Bema	811,03	=	391,98	EUR Eigenanteil/Abs.
Laborkosten Privat	1250,00	minus Kasse	750,00	=	500,00	EUR Eigenanteil/Lab.
Privat	2581,05	minus Kasse	1676,89	=	904,16	EUR Eigenanteil
<input type="checkbox"/> abzüglich Rabatt (Honorar: 0,00 %; Labor: 0,00 %) - gewährem Rabatt:						904,16

2.2.5 |Anlage Mehrkosten| Drucken der Vereinbarung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Ab dem 01.10.2023 muss der Ausdruck gemäß den gesetzlichen Vorgaben nach § 29 Abs. 7 SGB V erfolgen. Diesen Ausdruck erstellen Sie über den Button |Anlage Mehrkosten|.

Hinweise:

Im AVL-Plan steht der Button auch zur Verfügung.

Individuelle Texte sind auf dem Ausdruck nach § 29 Abs. 7 SGB V nur in Form von Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen zulässig.

Für umfangreiche individuelle Texte können Sie zusätzlich über den Button |Drucken| einen Ausdruck erstellen. Für diesen Ausdruck können Sie individuelle Kopf- und Fußtexte verwenden. (Siehe Kapitel 2.3)

Wenn Sie alle gewünschten Leistungen und Laborkosten eingegeben haben, klicken Sie auf den Button |Anlage Mehrkosten|.

Es öffnet sich die Funktionsauswahl für den Ausdruck:

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen (§29 Abs. 7 SGB V)

Patient : 41 **Plantext, Tina *15.05.2008**
AOK NORDWEST > Westf.-Lippe Datum : 23.10.2023
zum **Kassenplan** Antragsdatum : 16.10.2023

① Erstvereinbarung
 Folgevereinbarung Vereinbarungsnr. 4

② Vorschau
 Archivieren
 Drucken

③ Fine Quality Print
FQP-Design

Abbrechen

bei Druck Protokolleintr. in die Pat-Akte
Anzahl Ausdrucke : 1

Microsoft Print to PDF
1-seitiger Druck

Ausführen
Druckerwechsel
Konfig. übernehmen

- ① Auf dem neuen Formular muss angegeben werden, ob es sich um eine Erst- oder Folgevereinbarung handelt:

**Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen
bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V**

Erstvereinbarung Folgevereinbarung Vereinbarungsnr.: ____

Wird |Erstvereinbarung| markiert, muss unter |Vereinbarungsnummer| die Zahl „1“ aufgeführt werden.

Liegt eine |Folgevereinbarung| vor, muss im Feld |Vereinbarungsnummer| angegeben werden, um die wievielte Vereinbarung es sich handelt.

Das Express-Programm ermittelt diese Angaben automatisch aus den vorhandenen Zusatzplänen (AVL-Pläne und MK-Vereinbarungen) des ausgewählten Patienten und fügt sie hier für den Ausdruck ein.

Sie können die Angaben bei Bedarf ändern.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Bitte beachten Sie, dass bei diesen Angaben auch Vereinbarungen genannt werden müssen, die Sie vor Einführung dieses neuen Formulars mit Ihren Patienten getroffen haben.

- ② Hier geben Sie an, welche Aktionen (Vorschau/Archivieren/Drucken) das Programm ausführen soll.

Aktivieren Sie die |Vorschau|, wird das Dokument erst zur Ansicht über Word am Bildschirm angezeigt, bevor der Ausdruck erfolgt.

Ihre Funktionsauswahl können Sie über |Konfig. Übernehmen| speichern, damit sie beim nächsten Aufruf dieser Funktion automatisch vorgegeben wird. Das Speichern erfolgt für jeden Arbeitsplatz einzeln.

- ③ Über |FQP-Design| können Sie die Texte bearbeiten, die für dieses Dokument hinterlegt sind. Die Anlage setzt sich aus folgenden Texten zusammen:

-  blk_VereinMehrFuss.doc
-  blk_VereinMehrSeitenende1.doc
-  blk_VereinMehrSeitenende2.doc
-  blk_VereinMehrSeitenende3.doc
-  blk_VereinMehrZuAdr.doc
-  blk_VereinMehrZuAnhang.doc
-  blk_VereinMehrZuFolge.doc
-  blk_VereinMehrZuFolgeSeite3.doc
-  blk_VereinMehrZuKopf1.doc
-  blk_VereinMehrZuKopf2.doc
-  blk_VereinMehrZwischen.doc

Beachten Sie aber bitte, dass die Texte Bestandteile eines gesetzlichen Formulars sind. Diese Inhalte dürfen Sie nicht ändern. Anpassungen an Ihrem Praxisabsender können Sie vornehmen.

Auf den nächsten beiden Seiten führen wir einen Musterausdruck auf.
Der Ausdruck umfasst immer mindestens zwei Seiten.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.5.1 Musterdruck Formular gemäß § 29 Abs. 7 SGB V – Seite 1

**Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen
bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V**

Erstvereinbarung Folgevereinbarung Vertragsnummer: 33 / 4

Karla Müller * Musterstraße 22 * 25335 Elmshorn Frau Anna Test Testweg 55 25335 Elmshorn	Vertragszahnarztstempel 7458 Karla Müller Musterzahnärztin fürK FO Musterstraße 22 25335 Elmshorn Tel.: 04121-238 100 E-Mail: muster@praxis-karla-mueller.de
--	---

Zwischen Frau Anna Test
Zahlungspflichtige/r

und Karla Müller
Zahnärztin/Zahnarzt

für Anna Test
Versicherte/r (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privatärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)

<i>Leistungen</i>	<i>Betrag in EUR</i>
Privatärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ	<u>288,98</u>
Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA	<u>154,48</u>
<i>Zwischensumme</i>	<u>134,50</u>
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten	<u>50,00</u>
Ihr voraussichtlicher Kostenanteil	<u>184,50</u>

Aufklärung über zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat mir verschiedene kieferorthopädische Behandlungsmethoden erklärt. Sie/er hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach BEMA) und bei der ich nichts zusätzlich zahlen muss. Hierauf haben gesetzlich Krankensicherte einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft.

Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Ort, Datum

25335 Elmshorn, 23.10.2023

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtige/r

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Seite 1 von 2

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.5.2 Musterdruck Formular gemäß § 29 Abs. 7 SGB V – Seite 2

Karla Müller
Musterzahnärztin fürK FO

Anhang: Kostenaufstellung
zur Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V für Anna Test Vereinbarungsnummer: 33 / 4

Erläuterung zur Tabelle
Art der Leistung:
M = Mehrleistungen: Einen Teil der Kosten für diese Leistungen trägt die/der Versicherte. Den anderen Teil trägt die Krankenkasse.
Z = Zusatzleistungen: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.
A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.

Kostenanteil Versicherte/r:
Die Kostenaufstellung beruht auf den aktuellen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und den aktuellen Preisen für Materialien und Laborleistungen. Im Lauf der Behandlung können sich z. B. Vergütungen und Preise ändern. Deshalb handelt es sich in der nachfolgenden Aufstellung um voraussichtliche Kostenanteile und Beträge. Es kann auch sein, dass sich die Behandlungsleistungen ändern und Sie eine Folgevereinbarung erhalten.

Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ, ggf. Erläuterungen					Von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA					Kostenanteil Versicherte/r
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag/€	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag/€	Betrag/€
M	6100	Eingliederung eines Keramikbrackets. Hier wird der Einlieferungszeit aufgeteilt.	2,3	6	128,04	126a	Eingliedern Bracket/Attachment	6	115,86	12,18
M	6110	Entfernung eines Klebrackets	2,3	6	54,30	126d	Entfernen Band/Bracket/Attachment	6	38,62	15,68
A	8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation	2,3	1	64,88					64,88
Z	A5004	Panoramaaufnahme der Kiefer	1,8	1	41,96					41,96
Zwischensumme					288,98				154,48	134,50
Voraussichtlicher Kostenanteil der/des Versicherten für die obenstehenden privat Zahnärztlichen Leistungen										<u>134,50</u>
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten										<u>50,00</u>
Von der/dem Versicherten voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag										<u>184,50</u>

Seite 2 von 2

Auch die zweite Seite entspricht dem gesetzlichen Formular. Zusätzlich werden die Patientenummer und der Patient name aufgeführt.

Ab der zweiten Seite erfolgt der Ausdruck im Querformat.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.6 Erläuterungen zu den Leistungsarten M/Z/A

Detaillierte Beschreibungen zu den Leistungsarten finden Sie im Katalog „Kieferorthopädische Mehr- und Zusatzleistungen“. Dieser Katalog wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und Ihnen von Ihrer KZV zur Verfügung gestellt.

Im Folgenden wird beschrieben, wie das Programm die einzelnen Leistungsarten erkennt:

M = Mehrleistungen:

Mehrkostenleistungen sind zahnärztliche/kieferorthopädische Leistungen, die im BEMA erfasst sind, sich aber von den Regelleistungen in der Art der Durchführung oder in den verwendeten Behandlungsmitteln unterscheiden.

Der Versicherte trägt die Mehrkosten.

Das Programm erkennt diese Leistungen automatisch an den MK-Leistungen, die Sie über die Programmfunktion | Mehrkostenvereinbarungen | planen.

Als Mehrkostenleistungen werden GOZ-Leistungen im Programm | BEMA/GOZ | über den Bedingungsmerker 255 gekennzeichnet:



Zusätzlich muss die abzügliche BEMA-Leistung im Feld | analoge BEMA-Nr. | hinterlegt sein.

Das Anlegen von weiteren Mehrkostenleistungen wird im Kapitel 5.3 beschrieben.

Die Mehrkostenleistungen und die abzüglichen BEMA-Leistungen werden in dem Formular aufgeführt. Dem Versicherten wird die Differenz als Mehrkosten in Rechnung gestellt.

Die Vereinbarungen für Mehrleistungen müssen über die Funktion | Mehrkostenvereinbarung | eingegeben werden.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

Z = Zusatzleistungen:

Zusatzleistungen sind Leistungen, die aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen, wenn sie über die in den BEMA-Leistungen festgelegten Mengengrenzen hinausgehen.

Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.

Zusatzleistungen können Sie im AVL-Plan und in der Mehrkostenvereinbarung eingeben.

In Anlehnung an den Katalog des Gemeinsamen Bundesausschusses haben wir folgende GOZ-Leistungen als Zusatzleistungen gekennzeichnet:

Ä5004

Ä5090

0060

6000

6010

6020

6100

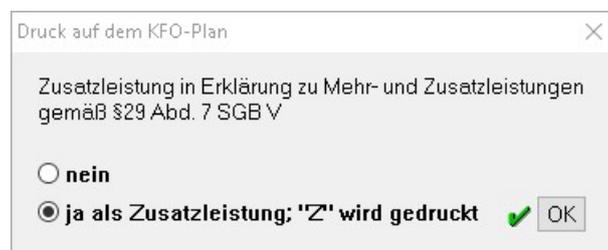
6110

6140

6160

Wird eine dieser Leistungen über den AVL-Plan oder über die Mehrkostenvereinbarung geplant, wird die Leistung mit einem „Z“ gekennzeichnet.

GOZ-Leistungen werden im Programm |BEMA/GOZ| über den Bedingungsmerker 280 als Zusatzleistung gekennzeichnet:



Druck auf dem KFO-Plan

Zusatzleistung in Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen
gemäß §29 Abs. 7 SGB V

nein

ja als Zusatzleistung; "Z" wird gedruckt ✓ OK

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der KFO-Behandlung:

Unter dem Begriff „Andere Leistungen“ sind Leistungen zu verstehen, die nicht im BEMA enthalten sind und in unmittelbarem sachlichen Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

Beispiele sind die Funktionsanalyse, die professionelle Zahnreinigung und die Bracketumfeldversiegelung.

Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.

„Andere Leistungen“ können Sie über AVL-Plan und über die Mehrkostenvereinbarung planen.

Eine Kennzeichnung dieser Leistungen ist im Programm |BEMA/GOZ| nicht erforderlich.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.7 Fragen in Bezug auf die Vereinbarung nach § 29 Abs. 7 SGB V

1. Welche Vereinbarungen werden bei den Folgenummern gezählt?

Alle Vereinbarungen, AVL-Pläne und Mehrkostenvereinbarungen, die Sie mit einem Patienten vor Inkrafttreten des neuen Formulars nach § 29 Abs. 7 SGB V abgeschlossen haben, müssen angegeben werden.

Das Express-Programm berücksichtigt diese Vereinbarungen automatisch.

2. Welche Unterlagen muss der Patient erhalten?

Das neue Formular nach § 29 Abs. 7 SGB V ist ein verbindliches Formular und muss dem Patienten bei jeder Vereinbarung von Mehr- oder Zusatzleistungen ab dem 01.10.2023 ausgehändigt werden.

Die bisherigen Ausdrucke der AVL-Pläne und Mehrkostenvereinbarungen können dem Patienten zusätzlich ausgehändigt werden. Diese Ausdrucke enthalten in der Regel eine aussagekräftige Überschrift, die den Patienten darüber informiert, für welche Behandlung die Vereinbarung erstellt wurde, z.B. Professionelle Zahnreinigung, Funktionsanalyse, Keramikbrackets, Retainer o.ä..

Die |Anlage zu priv. Vereinbarungen| in der |Planung-Druckauswahl| ist das bekannte Formular, das die Summen aller bestehenden Vereinbarungen eines Patienten zusammenfasst. Der Patient erhält mit diesem Ausdruck einen Überblick über alle geplanten Zusatzkosten.

3. Muss die Vereinbarung nach § 29 Abs. 7 SGB V bei der Krankenkasse oder bei der KZV eingereicht werden?

Nein, die Vereinbarung muss nicht übermittelt werden.

Die KZV'en können jedoch anlassbezogene Prüfungen durchführen (§ 29 Abs. 8 SGB V). In diesem Fall ist die Vorlage der Vereinbarung verpflichtend

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.2.8 abzüglich Rabatt

Im Programm |Rezeption -> |Registerkarte Abrg-Stelle/Zuschlag/Rabatt| kann getrennt für |GOZ/GOÄ| und |Labor| ein prozentualer Rabatt bei einzelnen Patienten eingetragen werden.

Der Rabatt steht dann zur Auswahl bei der Privatplanung und -abrechnung zur Verfügung:

abzüglich Rabatt (Honorar: 10,00 %; Labor: 10,00 %)

Wird ein Häkchen gesetzt, wird entsprechend der prozentualen Vorgaben der Rabatt abgezogen.

2.2.9 Erläuterung der zusätzlichen Schaltflächen

Neu	Über Neu können Sie weitere Leistungen eingeben, die in der Tabelle nicht vorgegeben werden.
Anzahl	Über Anzahl können Sie bei Bedarf in die Spalte Anzahl wechseln.
Faktor	<p>Klicken Sie auf Faktor wechselt der Cursor in die Spalte Faktor. Diese Möglichkeit besteht aber nur, solange die Vereinbarung bzw. die neu erfasste Leistung noch nicht gespeichert wurden.</p> <p>Möchten Sie den Faktor für eine bereits gespeicherte Leistung ändern, ist dieses nicht möglich. In diesem Fall müssen Sie die Leistung mit dem neuen Faktor über den Button Neu erneut eingeben. Bei der „alten“ Leistung setzen Sie dann die Anzahl auf 0, dadurch wird sie gelöscht.</p>
Begründung	<p>Über Begründung können Sie Begründungen zu den einzelnen Leistungen eingeben. Wenn der Parameter 48/C entsprechend gesetzt ist, wird die Begründung unter Leistung auch auf der Mehrkostenvereinbarung ausgedruckt.</p> <p>In der Spalte Begr. können Sie sehen, ob für die Leistung eine Begründung gespeichert wurde. In diesem Fall erscheint dort ein Sternchen (*).</p> <p>Erscheint in der Spalte ein Ausrufezeichen (!) hat das folgenden Grund:</p>

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

	<p>Für die entsprechende Leistung würde in der Planungstabelle eine Begründung zugeordnet, aber keine feste Anzahl angegeben.</p> <p>Möchten Sie diese Leistung inkl. der Begründung beantragen, geben Sie eine Anzahl ein und klicken auf Begründung. Die zugeordnete Begründung wird automatisch vorgegeben und Sie können diese übernehmen.</p> <p>Erfolgt dieser Klick nicht, wird die Begründung auch nicht gespeichert.</p>
Zusatz zum Kopftext Fußtext	Zusätzlich zu den vorgegebenen Texten, die beim Ausdruck über den Button Drucken aufgeführt werden, können Sie über diese beiden Schaltflächen weitere individuelle Texte für den Druck der angewählten Vereinbarung eingeben.
Beh-Manager Leistungen To Do Info / n. Sitzung	Auch über die Mehrkostenvereinbarung können Sie die einzelnen Funktionen des Behandlungsmanagers nutzen. Diese Schaltflächen sind nur aktiv, wenn in Ihrer Praxis das Modul genutzt wird.
Löschen	Über diesen Button können Sie die Mehrkostenvereinbarung löschen.
Abbrechen	Der Button ist nur aktiv, wenn sie eine neue Vereinbarung anlegen. Möchten Sie die Eingabe ohne Speichern abrechnen, klicken Sie auf diesen Button.
Drucken	Die Beschreibung dieses Buttons erfolgt über das Kapitel 2.3.
OK	Über diesen Button können Sie die Mehrkostenvereinbarung ohne Druck verlassen. Änderungen werden dabei gespeichert.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.3 Button |Drucken|

Klicken Sie auf |Drucken| können Sie die Vereinbarung über Standard oder über FQP ausdrucken.

Muster für einen FQP-Druck:

Karla Müller Musterzahnärztin fürK FO				Musterstraße 22 25335 Elmshorn Tel.: 04121-238 100 muster@praxis-karla-mueller.de		
Karla Müller * Musterstraße 22 * 25335 Elmshorn Frau Anna Test Testweg 55 25335 Elmshorn				Datum: 23.10.2023 Antrag: 33 / 4		
Vereinbarung zur kieferorthopädischen Behandlung		Keramikbrackets				
von Frau Anna Test geb.:22.05.2001						
Ich wurde darüber aufgeklärt, dass aufgrund der derzeit bestehenden Verträge im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung eine notwendige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist und Leistungen, die über dieses Leistungsangebot hinausgehen, von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden (*): Die Abrechnung der zusätzlichen Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte (GOZ/GOÄ) gemäß nachfolgendem Kostenvorschlag.						
KOSTENVORANSCHLAG						
GOZ/GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bema	Anzahl	Betrag	St.-Satz	Eigenanteil
6100	Eingliederung eines Keramikbrackets		6	128,04	2,3	
	abzüglich GKV-Leistung	126a		115,86		12,18
6110	Entfernung eines Klebebrackets		6	54,30	2,3	
	abzüglich GKV-Leistung	126d		38,62		15,68
8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation		1	64,68	2,3	64,68
Ä5004	Panoramaaufnahme der Kiefer		1	41,96	1,8	41,96
voraussichtliche Mehrkosten Honorar				134,50	EUR	
voraussichtliche Mehrkosten Labor				50,00	EUR	
voraussichtliche Mehrkosten				G E S A M T	184,50	EUR
Erklärung: Es ist mir als Zahlungspflichtigem bekannt, dass für die oben genannten zahnärztlichen Leistungen eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.						
_____ Ort, Datum		_____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen				
_____ Ort, Datum		_____ Unterschrift des Behandlers				
(*) SGB V § 12 Abs. 1: Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und dürfen die Krankenkassen nicht bewilligen.						
Seite 1 von 1						

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.4 Allgemeine Hinweise

- Der Ausdruck der Vereinbarung erfolgt auf Blankopapier.
- Die Kopf- und Fußtexte können für jede Vereinbarung individuell gestaltet werden, wenn der Ausdruck über den Button |Drucken| erfolgt. (Siehe Kapitel 2.3)

Beim Druck der Vereinbarung über den Button |Anlage Mehrkosten| werden die gesetzlich vorgegebenen Texte aufgeführt.

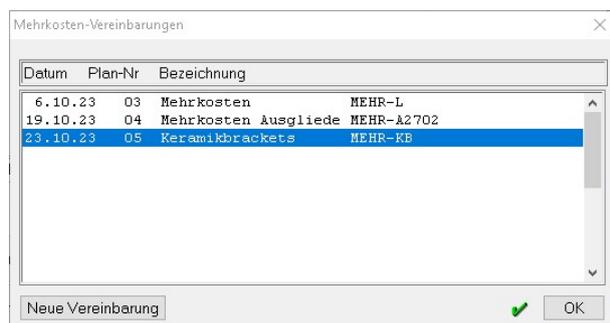
- Für jeden Patienten sind beliebig viele Vereinbarungen möglich.
- Wird eine gespeicherte Vereinbarung erneut aufgerufen, werden nur noch die beantragten Leistungen angezeigt.

Es wird nicht mehr die komplette Bildschirmtabelle angezeigt. Sind weitere Leistungen erforderlich müssen diese über den Button |Neu| erfasst werden.

2.5 Vorhandene Vereinbarungen erneut öffnen

2.5.1 Programm |Planung|

Sie öffnen vorhandene Vereinbarungen auf demselben Weg, wie bei der Neuanlage einer Vereinbarung. Ist bereits eine Vereinbarung (AVL oder MKV) gespeichert, erscheint eine Anzeige mit den gespeicherten Vereinbarungen des entsprechenden Patienten:



Wählen Sie die Vereinbarung durch Doppelklick oder über den Button |OK| aus.

Möchten Sie eine neue Vereinbarung erstellen, klicken Sie auf den Button |Neue Vereinbarung|. Sie gelangen in das Auswahlfenster zur Neuanlage einer Vereinbarung.

2. Programmablauf – Erstellung von Mehrkostenvereinbarungen (MKV)

2.5.2 Programm |Patientenakte|

In der Patientenakte öffnen Sie die Funktion |Planungen|.

Es öffnet sich folgende Auswahl:

Auswahl zu KFO - Planungen

Patient 33 Test, Anna *22.05.2001

Planung **Gespeichert**

Planarten

- aktiver KFO-Plan
- Verlängerung neu
- Planungsentwurf
- Nachtrag / Therap.
- AVL-Plan
- Mehrkostenplan
- Kiefergelenkerkr.
- Kieferbruch

aktiv: Kassen-Behandlungsplan vom 01.01.2020 Therapieänderung (neu)

KIG 0 / 4

vom 01.01.2020

Planungstexte

Schema zum KIG Beantragte Positionen Druckauswahl

neuer Plan Beenden

Hier markieren Sie |AVL-Plan| oder <Mehrkostenplan| und klicken anschließend auf die Registerkarte |Gespeichert|.

Die gespeicherten Vereinbarungen werden angezeigt:

Auswahl zu KFO - Planungen

Patient 33 Test, Anna *22.05.2001

Planung **Gespeichert**

Datum	Plan-Nr	Spezifizierung
06.10.23	03	Mehrkosten MEHR-L
19.10.23	04	Mehrkosten Ausgliede MEHR-A2702
23.10.23	05	Keramikbrackets MEHR-KB

Auswahl Beenden

Per Doppelklick öffnen Sie eine Vereinbarung.

3. Ab wann soll eine Vereinbarung aktiv sein? (Parameter 115)

Über den Parameter 115 wird gesteuert, wann eine Vereinbarung aktiv ist und die beantragten Leistungen in die Planstatistik übernommen werden.

Die Einstellungen werden unter |Sonstiges| im Programm |Installationsdaten| -> |Installation| -> |Parameter 115/Unterfunktion B| getrennt für Kassen- und Privatpatienten vorgenommen.

Folgende Einstellungen sind möglich:

a) Vereinbarung sollen sofort nach der Planerstellung automatisch aktiv sein

B - Aktivierung von AVL- und MK-Planungen oder Nachträgen

standardmäßig werden Zusatzplanungen sofort beim Erstellen der Planung aktiviert, bis auf ggf. folgende Ausnahmen:

- diese bei KFO-Kassenplan Fällen manuell aktivieren
- diese bei KFO-Privatplan Fällen manuell aktivieren

In diesem Fall darf für die entsprechende Patientengruppe kein Häkchen gesetzt sein. Die Vereinbarung erhält den Status „abgeschlossen“ und die beantragten Leistungen werden in die Planstatistik übernommen.

b) Vereinbarung wird manuell aktiviert (z. B. wenn Einverständnis schriftlichen vorliegt)

B - Aktivierung von AVL- und MK-Planungen oder Nachträgen

standardmäßig werden Zusatzplanungen sofort beim Erstellen der Planung aktiviert, bis auf ggf. folgende Ausnahmen:

- diese bei KFO-Kassenplan Fällen manuell aktivieren
- diese bei KFO-Privatplan Fällen manuell aktivieren

Soll diese Funktion genutzt werden, setzen Sie bei der entsprechenden Patientengruppe das Häkchen.

Mit dieser Einstellung erhalten Vereinbarung beim Speichern den Status „geschrieben“:

3. Ab wann soll eine Vereinbarung aktiv sein? (Parameter 115)

Art der Planung	lfd.Nr.	Zusatz-Info	Antrag vom	Genehmigung	Beginn	Status	Plan - Antragsnummer
Behandlungsplan	1		04.08.22	04.08.22		aktiv	036 009999 22/08 KF-CF 247:00000176 00
Nachtrag	2	zu lfd.Nr. 1	23.08.22			verworfen	036 009999 22/08 KF-CF 247:00000207 00
Nachtrag	3	zu lfd.Nr. 1	23.08.22			akzeptiert	036 009999 22/08 KF-CF 247:00000212 00
Zusatzplanung	5	zu lfd.Nr. 1	04.11.22			akzeptiert	0 CF 247:00000397 00
Mehrkostenvereinbrg.	6	zu lfd.Nr. 1	23.10.23			geschrieben	0 CF 247:00001262 00

Der Status wird über die |Historie der Planungen| angezeigt.

Öffnen können Sie diese Funktion:

- im Programm |Planung| über den Button |Historie der Planungen| und
- in der |Patientenakte| über den Button |Historie|.

In dieser Anzeige werden AVL-Plänen als „Zusatzpläne“ angezeigt und Mehrkostenvereinbarungen werden mit „Mehrkostenvereinbrg.“ dargestellt.

Um den Status einer Vereinbarung zu ändern, wählen Sie die Vereinbarung in der Historie per Doppelklick an.

Es öffnet sich ein Bildschirm mit Ansicht der Plan-Statistik:

Plan - Statistik (05)

AVL / Zusatzplan vom 04.11.22 akzeptiert

Leistung	01K	01	AE1	AE925A	AE928	AE934A	AE935D
beantragt							
abgerechnet							
Restanzahl							

Leistung	beantr. abg.	Rest	Faktor
8000	1	2,3000	^
8010	1	2,3000	
8020	1	2,3000	

Honorar

Plan	zusätzlich
geplant	126,77
Rest	

Laborkosten

Plan	zusätzlich
geplant	250,00
Rest	

erbrachte Leistungen aus der Planung

Kasse	Privat
abgerechnet	
lfd. Quartal	
heute	

Sonstiges

Kasse	Privat
abgerechnet	
lfd. Quartal	
heute	

berechnet KK: 0,00 Pr.: 0,00

berechnet KK: 0,00 Pr.: 0,00

Geschrieben Akzeptiert Verworfen OK

Oben rechts neben dem Antragsdatum wird der aktuelle Status angezeigt. Hier wird angezeigt, ob die Vereinbarung „geschrieben“, „akzeptiert“ oder „verworfen“ wurde.

Bei einer neuen Vereinbarung, die noch nicht akzeptiert bzw. nicht verworfen wurde, steht hier „geschrieben“.

3. Ab wann soll eine Vereinbarung aktiv sein? (Parameter 115)

c) So wird der Status geändert

- Button |Akzeptiert|:

Klicken Sie auf diesen Button, wird die Vereinbarung aktiviert. D. h. der Status wird von „geschrieben“ auf „akzeptiert“ geändert und die beantragten zusätzlichen Leistungen und Laborkosten werden der Planstatistik des aktiven Behandlungsplans zugeordnet.

Die Vereinbarung erhält den Status „akzeptiert“ und kann mit diesem Status nicht mehr geändert werden.

- Button |Verworfen|:

Wählen Sie diesen Button an, wird die Vereinbarung verworfen.

Sie erhält den Status „verworfen“ und kann mit diesem Status nicht mehr geändert werden. Die Leistungen der verworfenen Vereinbarung werden nicht dem aktiven Behandlungsplan zugeordnet.

- Button |Geschrieben|:

Dieser Button ist aktiv, wenn oben rechts bei einer Vereinbarung angezeigt wird „akzeptiert“ oder „verworfen“.

- Durch Klick auf |Geschrieben| setzen Sie den Status der Vereinbarung zurück auf „geschrieben“.

Die Leistungen der Vereinbarung werden aus der Planstatistik des aktiven Behandlungsplanes entfernt. Anschließend haben Sie die Möglichkeit Änderungen an der Vereinbarung vorzunehmen oder die Vereinbarung ggfs. zu löschen.

4. Abrechnung der außervertraglichen Leistungen bei Kassenpatienten

4.1 Folgende Abrechnungswege sind möglich

- a) Die außervertraglichen Leistungen sollen sofort abgerechnet werden, nachdem sie erbracht wurden.
- b) Die außervertraglichen Leistungen sollen erst nach Abschluss der Behandlung abgerechnet werden.
- c) Die außervertraglichen Leistungen werden per Raten gezahlt. Am Abschluss der MK-Behandlung erhält der Patient eine Übersicht über die erbrachten Leistungen und ggf. über die gezahlten Raten.

Nachfolgend werden die einzelnen Abrechnungswege erläutert.

4.2 Die Leistungen sollen sofort abgerechnet werden, nachdem sie erbracht wurden

Für die Honorarabrechnung der beantragten außervertraglichen Leistungen geben Sie die einzelnen GOZ-Leistungen in der |Patientenakte| ein, sobald sie erbracht wurden.

Das Programm aktualisiert anhand Ihrer Eingaben die Planstatistik.

Hinweise zu den Mehrkosten-Leistungen:

- Bei der Eingabe von Mehrkosten-Leistungen achten Sie bitte darauf, dass Sie die gleichen Kürzel wie bei der Beantragung verwenden. Z. B. MK6110, MK6140TA, MK6100K usw.
- Die Abrechnung der Abschlags-Mehrkosten erfolgt automatisch für das Quartal unter dem sie bei Planerstellung gespeichert wurden.
- Auch die Mehrkosten für das Labor werden automatisch abgerechnet, sobald Sie einen Differenzbetrag in der Vereinbarung angegeben haben. Sie können aber auch private Laborpositionen in der |Patientenakte| eingeben, um diese über eine Privatrechnung abzurechnen.

Die Rechnung können Sie direkt über die |Patientenakte| erstellen oder sie wird automatisch bei der nächsten privaten Quartalsabrechnung erstellt.

4. Abrechnung der außervertraglichen Leistungen bei Kassenpatienten

4.3 Die Leistungen sollen erst nach Abschluss der Behandlung abgerechnet werden

Auch bei diesem Abrechnungsweg werden die außervertraglichen Leistungen in der Patientenakte eingegeben, damit die Planstatistik aktualisiert wird.

Um zu vermeiden, dass außervertraglichen Leistungen bei der nächsten Quartalsabrechnung automatisch abgerechnet werden, muss in den |Plandaten| ein Kennzeichen gesetzt werden.

Hierzu öffnen Sie bei dem entsprechenden Patienten die |Plandaten-Verwaltung|.

Im Feld |Abrechnung Privatleistg.| ändern Sie das Kennzeichen auf |keine Abrechnung|:

Behandlungspläne / Verlängerungen: Datenverwaltung

Patient: 33 | Test, Anna *22.05.2001
Kasse: 145 | AOK Nordost > Berlin | B e m a

Plan-Identifikation für DTA - KZV: 032 007458 23/01 KF-CF 247.00001012 00
Plan von Kasse genehmigt

Planart: Behandlungsplan (01) | Status: aktiv

Abrechnungssteuerung

voraussichtliche Dauer: 16
Anzahl abzur. Abschläge: 12
Teilung der Abschläge: 12

abgerechnete Abschläge: 3
abgerechnete Quartale: 3
Pausen: 0
abzur. Abschläge Vorqu.: 0

Abrechnungskennzeichen: laufender Fall

Abrechnung Privatleistg.: keine Abrechnung

Abtretung 80/90% Abtretung 20/10 %
 Übernahmepatient Ausnahme ohne KIG
 Erwachs. Beh./ KIG (GOZ)
 Analogbeh./Kostenerst.

Behandlung: normal (selected)
 Frühbehandlung
 frühe Behandlung

EBZ: Unfall Behandlerwechsel Einstieg
ab Quartal: 0 / 00
 Behandlerw. Neuplanung

Einstufung in KIG: 0 / 4
vom: 05.01.23

Daten

1. Praxisbesuch: 24.12.22
Antragsdatum: 06.01.23
zurück / genehmigt: 12.01.23
Anspruch ab (Q/JJ): 1 / 20
Behandlungsbeginn: 22.01.23

1. Abschlag (Q/JJ): 1 / 23
letzter Abschlag: 3 / 23
Behandlungsende: 0 / 00

Modell-Nummer: []

Abrechnung über Arzt: 1

Selektions-KZ für Rechnungsdruck
Sonderabrechnungen über Pauschalen: nein

Einstufung: leicht mittel schwer erwachsen

pro Quartal: abweichender Betrag: 0,00

24.10.23

Pläne: Übersicht, Bema <-> GOZ, Leistungen, Kasse <-> Privat, Notizen

Abrechnungsquartal: Abschläge, Leistungen, Abrechnungsdaten, Statistik, Schema zum KIG, Plan-Status

Ablagen (Plan-Info): De-Aktivieren(Verl.), Löschen

Ein EBZ-Plan wird dabei dupliziert. Dieser Vorgang wird unter "Übersicht" dokumentiert.

OK

Ist dieses Kennzeichen bei Kassenpatienten gesetzt, erfolgt keine automatische Abrechnung der Privatleistungen. Eine Einzelabrechnung ist jederzeit möglich.

4. Abrechnung der außervertraglichen Leistungen bei Kassenpatienten

4.4 Die außervertraglichen Leistungen werden per Raten gezahlt. Am Abschluss der Behandlung erhält der Patient eine Übersicht

Bei Erstellung der außervertraglichen Vereinbarung (AVL/MKV) kann über das Icon  eine Ratenvereinbarung erstellt werden:



Leistung	Bema	Anz.	Faktor	Begr.	Eigenanteil
MK6100K Engliederung eines Keramikbrackets	126A	6	2,3000		12,18
MK6110 Entfernung eines Klebebrackets	126D	6	2,3000		15,68
8000 Klinische Funktionsanalyse einschließl		1	2,3000		64,68
AE5004 Panoramaaufnahme der Kiefer		1	1,8000		41,96

Die Vereinbarung gilt automatisch für alle Privatleistungen, d. h. auch Privatleistungen, die unabhängig von dieser Vereinbarung erbracht werden.

Wird eine außervertragliche Leistung erbracht, wird diese Leistung in der |Patientenakte| eingegeben. Die Planstatistik wird aktualisiert.

Bei der privaten Quartalsabrechnung werden die Leistungen automatisch abgerechnet. Das Erstellen einer Einzelrechnung ist auch möglich.

Die Rechnung dient als Nachweis, dass ein Teil der vereinbarten außervertraglichen Leistungen erbracht wurden.

Auf der Privatrechnung erscheint automatisch ein Hinweis auf die bestehende Ratenvereinbarung. Der Rechnungsempfänger wird aufgefordert, die vereinbarten Raten zu zahlen oder er erhält die Information, dass die Raten vereinbarungsgemäß per Lastschrift eingezogen werden.

Nach Abschluss der Behandlung erhält der Patient eine Endabrechnung. Diese können Sie im Programm |Zahlungsverkehr| über die Daten-Verwaltung erstellen.

In der Endabrechnung werden die ausgestellten Rechnungen den gezahlten Raten gegenübergestellt, um zu zeigen, ob alles bezahlt wurde oder ob noch etwas offen ist.

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

5.1 Informationen

Standardmäßig werden von uns vier Planungstabellen für Mehrkostenvereinbarungen ausgeliefert (MEHR-A2702, MEHR-GL, MEHR-KB und MEHR-L). Selbstverständlich können Sie diese ändern und auch weitere Planungstabellen anlegen.

Das Anlegen bzw. Ändern der Planungstabellen für Mehrkostenvereinbarungen erfolgt in zwei Programmen:

- Programm: |Leistungsbausteine/Tabellen|
Hier wird u. a. der Name für eine Mehrkostenvereinbarung festgelegt und es werden die GOZ-Leistungen eingetragen, die standardmäßig bei Neuanlage der Mehrkostenvereinbarung angeboten werden sollen.
- Programm: |Reservierte Textbausteine|
In diesem Programm werden die Kopf- und Fußtexte für die Mehrkostenplanungen erfasst.

5.2 So funktioniert die Neuanlage einer Tabelle

5.2.1 Erster Schritt – Programm |Leistungsbausteine/Tabellen|

Wählen Sie unter |Daten| das Programm |Leistungsbausteine/Tabellen| an.

Klicken Sie nacheinander auf die Funktionen |Verwaltung|, |Privat| und |KFO-Planung|.

Bei der Abfrage nach Struktur können Sie auf das Fernglas klicken, um zu sehen, welche Strukturen bereits angelegt sind.



Alle Strukturen die mit **MEHR-** beginnen, sind Strukturen für Mehrkostenvereinbarungen.

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

Nachdem Sie gesehen haben, welche Strukturnamen bereits vergeben sind, klicken Sie auf |Abbrechen|. Der Cursor wird wieder im Eingabefenster für den Strukturnamen positioniert.

5.2.2 Zweiter Schritt - Name für die neue Mehrkostenplanung festlegen

Geben Sie jetzt einen neuen Strukturnamen für eine neue Mehrkostenvereinbarung ein. Es ist zwingend erforderlich, dass für Mehrkostenplanungen der Strukturname mit **MEHR-** beginnt.

In unserem Beispiel legen wir eine Planung für „Minibrackets“ an. Aus diesem Grunde nennen wir die neue Struktur **MEHR-MINI**:



Nachdem Sie den Strukturnamen eingegeben haben, klicken Sie auf |Bearbeiten|. Die nachfolgende Abfrage, ob eine neue Struktur angelegt werden soll, beantworten Sie mit einem Klick auf |Ja|.

Tragen Sie nun im Feld |Bezeichnung| einen Text ein. Eine Bezeichnung erleichtert Ihnen später bei der Planung die eindeutige Zuordnung:



5.2.3 Dritter Schritt - Leistungen für die neue Mehrkostenplanung festlegen

Unter |Geb.-Nr.| fügen Sie die GOZ-Leistungen ein, die auf der Mehrkostenvereinbarung erscheinen sollen:

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

Struktur

Bereich

Name

Bezeich.

Pos.	Geb.-Nr.	Anz.	Text	Faktor
1	MK6100M	6		3,0000
2	MK6110	6		

Existiert eine MK-Leistung nicht, müssen Sie die Leistungen im Programm |Bema und GOZ/GOÄ| anlegen.

Bei Bedarf können Sie dort auch die zu beantragende Anzahl, einen abweichenden Faktor und einen Textbaustein für eine Begründung eingeben.

Geben Sie keine Anzahl ein, wird diese automatisch in der Mehrkostenvereinbarung abgefragt. Selbstverständlich können Sie auch bei der Erstellung einer neuen Mehrkostenvereinbarung die Anzahlen, Faktoren etc. ändern.

Über Labor etc. können Sie den Betrag der voraussichtlichen Mehrkosten für das Labor eingeben. Dieser Betrag wird dann in der Planung unter Eigenanteil Labor übernommen.

Anschließend verlassen Sie die neue Struktur über |OK| und schließen das Programm Leistungsbausteine/Tabellen.

5.2.4 Vierter Schritt – Individuelle Texte für die neue Mehrkostenplanung eingeben

Nachdem Sie für eine neue Mehrkostenvereinbarung eine neue Struktur angelegt haben, können Sie dafür auch den speziellen Kopf- und Fußtext erfassen.

Wenn Sie keine individuellen Texte erfassen möchten, werden immer die einheitlichen Texte 9060, 9061 (Kopftexte) bzw. 9062, 9063 (Fußtexte) gedruckt.

Für das Anlegen der Texte wählen Sie unter |Daten| das Programm |Reservierte Textbausteine|, |Verwaltung| und |Reservierte Texte| an.

Als erstes geben Sie die Arztnummer ein.

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

Texte, die für alle Behandler gültig sind, werden unter Arztnummer 0 eingegeben. Sind die Texte für jeden Arzt unterschiedlich, wird der Text unter der entsprechenden Arztnummer angelegt.

Danach muss der Name des Textbausteines eingegeben werden. Dafür müssen Sie sich an folgende Syntax in Bezug auf die Mehrkostenpläne halten:

Kopftext:

Der Textbaustein für den Kopftext der Mehrkostenvereinbarung muss immer beginnen mit 9060-

Nach dem Bindestrich müssen Sie das Kürzel eingeben, das Sie beim Anlegen der Struktur neu vergeben haben. Z. B. MINI.

Einen weiteren zusätzlich individuellen Kopftext können Sie unter der Nummer 9061- anlegen. Auch hier muss nach dem Bindestrich das Kürzel von der Struktur z. B. MINI erfasst werden.

Fußtext:

Der Textbaustein für den Fußtext der Mehrkostenvereinbarung muss immer beginnen mit 9063-

Nach dem Bindestrich müssen Sie das Kürzel eingeben, das Sie beim Anlegen der Struktur neu vergeben haben. Z. B. MINI.

Wenn Sie zusätzlich einen weiteren individuellen Fußtext erfassen möchten, so beginnt dieser mit 9062-. Auch hier muss nach dem Bindestrich das Kürzel von der Struktur z. B. MINI erfasst werden.

	Folgende individuellen Textbausteine für Mehrkostenvereinbarungen wurden von uns angelegt:		
Struktur	Bedeutung	Kopftext Mehrkosten- vereinbarung	Fußtext Mehrkosten- vereinbarung
MEHR-GL	Glasfiberbrackets	9060-GL	9063-GL
MEHR-KB	Keramikbrackets	9060-KB	9063-KB

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

Für unser Beispiel „Minibrackets“ müssen die Textbausteine 9060-MINI und 9063-MINI neu angelegt werden:

Muster für 9060-MINI / Kopftext Mehrkostenvereinbarung:

Reservierte Textbausteine bearbeiten

Arzt-Nr.: 0 Baustein: 9060-MINI Texte durchblättern << Zurück Vor >>

Funktion:

Zeile	Text	Schrift
1		FS/10
2		FS/10
3		FS/10
4	Vereinbarung zur	FS/10
5	Kieferorthopädischen	FS/10
6	Behandlung	FS/10
7		FS/10
8	von #PATNAME geb.:#PATGEB	St/10
9		St/10
10	Ich wurde darüber aufgeklärt, dass aufgrund der derzeit bestehenden Verträge	St/12
11	im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung eine notwendige, ausreichende	St/12
12	und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist und Leistungen, die über	St/12
13	dieses Leistungsangebot hinausgehen, von der gesetzlichen Krankenkasse nicht	St/12
14	übernommen werden (*): Die Abrechnung der Minibrackets erfolgt nach der	FS/12
15	Schuldenerklärung für Zahnarzt (Form 102/201) gemäß bestehender Verträge	St/12

Muster für 9063-MINI / Fußtext Mehrkostenplanung:

Reservierte Textbausteine bearbeiten

Arzt-Nr.: 0 Baustein: 9063-MINI Texte durchblättern << Zurück Vor >>

Funktion:

Zeile	Text	Schrift
1	Ich bin bereit die hierfür anfallenden Mehrkosten für die Minibrackets in	St/12
2	Höhe von #SBETRAG zu zahlen. Eine Kostenbeteiligung der Krankenkasse	St/12
3	an den Mehrkosten kann nicht erfolgen.	St/12
4		St/12
5		St/12
6		St/12
7		St/12
8		St/12
9	Ort, Datum	St/12
10		St/12
11		St/12
12		St/12
13	Ort, Datum	St/12
14		St/12
15		St/12

Tipps zum Anlegen der Texte:

Möchten Sie einen vorhandenen Text nur etwas abgewandelt nutzen, rufen Sie diesen auf.
Z.B. den Kopftext für Keramikbrackets 9060-KB.

Klicken Sie auf die Schaltfläche | Kopieren |. Es erscheint folgende Abfrage:

Speichern des Textes unter anderem Namen bzw. Arzt-Nr.

Neuer Name: 9060-KB

Neue Arzt-Nr.: 0

der alte Text bleibt erhalten

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

Tragen Sie unter |Neuer Name| den von Ihnen benötigten Textbaustein ein. Passend zu der neu angelegten Struktur ist das in unserem Beispiel 9060-MINI. Bei Bedarf ändern Sie noch die Arztnummer. Klicken Sie nun auf |Start|. Der neue Textbaustein wird angelegt und Sie müssen nur noch Ihre Änderungen vorzunehmen.

Haben Sie alle erforderlichen Texte angelegt, können Sie das Programm |Reservierte Textbausteine| verlassen. Die „neue“ Mehrkostenvereinbarung steht Ihnen jetzt im Programm |Planung| unter dem Icon Mehrkostenvereinbarungen zur Verfügung.

5.2.5 Hinweis für FQP-Nutzer

Damit die neuen Texte auch unter FQP zur Verfügung stehen, müssen diese einmal importiert werden.

Hierzu legen Sie für einen beliebigen Kassenpatienten die neue Mehrkostenvereinbarung an.

Klicken Sie auf den Button |Drucken|.

In der Druckauswahl muss das Häkchen bei FQP gesetzt sein:



Klicken Sie auf den Button |FQP-Design|.

Es öffnet sich die FQP-Textdokumentenverwaltung für Mehrkostenvereinbarungen:

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

Fine Quality Print - Textdokumente verwalten [001.109.001]

KFO - Mehrkostenvereinbarung für Kassenpatienten [K109]

Arzt	Funktion	Geändert	Weitere Infos
00	Absender für die erste Seite	2015-02-17	
00	Absender für den Fensterumschlag	2015-02-17	
00	Variablen für das Anschriftenfeld	2013-05-29	
00	Dokument für Antragsdatum, Patientennummer o.ä.	2007-08-14	
00	Kopftext / Planung (9060-GL)	2014-08-05	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Kopftext / Planung (9060-KB)	2014-08-04	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Kopftext / Planung (9060)	2014-08-04	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Kopftext / Planung (9060-GL)	2014-08-05	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Kopftext / Planung (9060-KB)	2014-08-04	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Kopftext / individueller Teil (9061)	2014-08-05	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Fußtext / individueller Teil (9062)	2014-08-05	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Fußtext / Planung (9063-GL)	2016-02-01	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Fußtext / Planung (9063-KB)	2016-11-14	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Fußtext / Planung (9063)	2014-08-04	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Fußtext / Planung (9063-GL)	2016-02-01	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Fußtext / Planung (9063-KB)	2016-11-14	Hier können Textinhalte, Farben, Größen und Schrift
00	Seitennummerierung für die erste Seite	2006-03-23	
00	Absender für die Folgeseiten	2006-03-23	
00	blk_NachtragKopf2	2006-02-02	
00	Seitennummerierung für die Folgeseiten	2006-03-23	

Dokument

Bearbeiten

Löschen

Kopieren

Auswahl
manuell

Gruppe
umstellen

Refresh

Beenden

Klicken Sie auf den Button |Gruppe umstellen|.

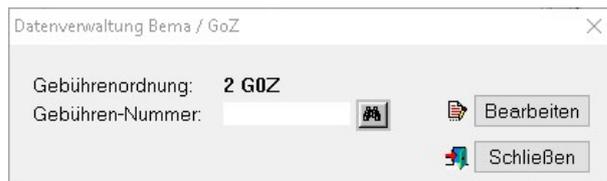
Das Programm importiert nun die neuen Texte aus dem Programm |Reservierte Textbausteine| nach FQP.

Anschließend können Sie die Texte bei Bedarf hier noch bearbeiten.

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

5.3 Anlegen neuer MK-Leistungen in der GOZ-Datenverwaltung

1. Für das Anlegen einer neuen MK-Leistung wählen Sie unter |Daten| das Programm |Bema und GOZ/GOÄ| an.
2. Klicken Sie auf |Verwaltung| und öffnen Sie die Funktion |GOZ|.
3. Es erscheint die Abfrage nach Gebühren-Nummer:



Datenverwaltung Bema / GoZ

Gebührenordnung: 2 GOZ

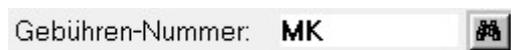
Gebühren-Nummer: 

 Bearbeiten

 Schließen

Das Anlegen einer neuen MK-Leistung sollte immer auf Basis einer vorhandenen MK-Leistung vorgenommen werden.

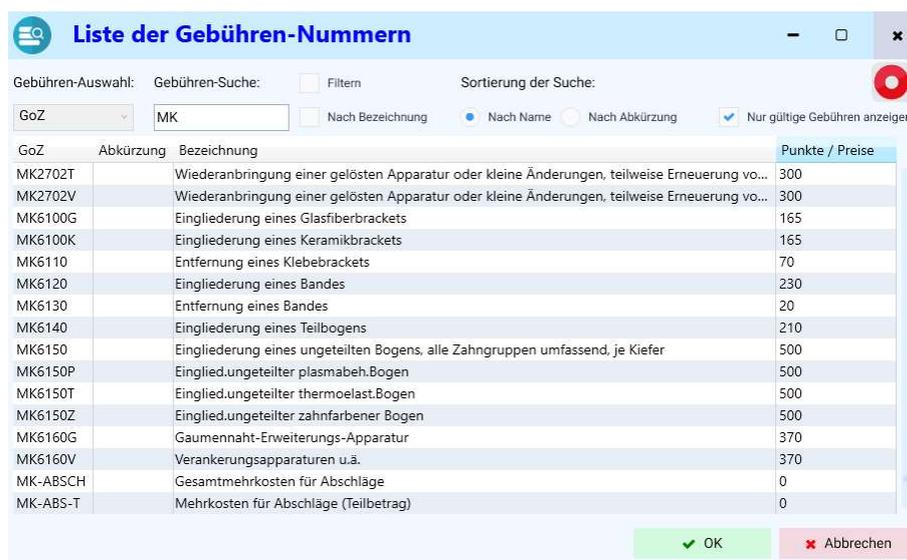
4. Um sich die vorhandenen MK-Leistungen anzeigen zu lassen, geben Sie im Suchfeld MK ein



Gebühren-Nummer: 

und klicken auf das Fernglas.

5. Die vorhandenen MK-Leistungen werden angezeigt:



Liste der Gebühren-Nummern

Gebühren-Auswahl: Gebühren-Suche: Filtern Nach Bezeichnung Nach Name Nach Abkürzung Nur gültige Gebühren anzeigen

Sortierung der Suche: 

GoZ	Abkürzung	Bezeichnung	Punkte / Preise
MK2702T		Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung vo...	300
MK2702V		Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung vo...	300
MK6100G		Eingliederung eines Glasfiberbrackets	165
MK6100K		Eingliederung eines Keramikbrackets	165
MK6110		Entfernung eines Klebebrackets	70
MK6120		Eingliederung eines Bandes	230
MK6130		Entfernung eines Bandes	20
MK6140		Eingliederung eines Teilbogens	210
MK6150		Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, je Kiefer	500
MK6150P		Einglied.ungeteilter plasmabeh.Bogen	500
MK6150T		Einglied.ungeteilter thermoelast.Bogen	500
MK6150Z		Einglied.ungeteilter zahnfarbener Bogen	500
MK6160G		Gaumennaht-Erweiterungs-Apparatur	370
MK6160V		Verankerungsapparaturen u.ä.	370
MK-ABSCH		Gesamtmehrkosten für Abschlüsse	0
MK-ABS-T		Mehrkosten für Abschlüsse (Teilbetrag)	0

6. Aus dieser Anzeige wählen Sie eine MK-Leistung aus, die als Basis für die neue MK-Position genutzt werden kann.

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

Beispiel:

Es soll eine MK-Position für das Eingliedern von Minibrackets angelegt werden.

Eine vergleichbare MK-Position wäre die MK6100K (Eingliederung eines Keramikbrackets), Hier sind die GOZ-Punkte und die abzügliche Bema-Leistung für Brackets bereits enthalten.

7. Nach Anwahl der MK6100K erhalten Sie folgende Anzeige:

Datenverwaltung GoZ

Gebührenordnung

Gebührenordnung: 2 GoZ Gebühren-Nummer: MK6100K

Abkürzung:

Bezeichnung: Eingliederung eines Keramikbrackets

Interne Kurzbezeichnung: Eingliederung eines Keramikbrackets

GOZ-Punkte / Preis in EUR: 165,00

für Druck

Gebühren-Nr für den Druck: 6100

Abkürzung:

Gebühren-Nr lt.GOZ/GOÄ: 6100

analoge Leistung lt.\$6 Abs.1

Begrenzung der Gültigkeit

mit Begrenzung gültig ab 01.01.12

mit Begrenzung gültig bis 00.00.00

Analoge Bema-Nrn

analoge Bema-Nr: 126A Punkte: 18,00

Klinikkosten

Klinikkosten: 0,00

Bedingungsmerker

Faktoren

Texte für Begründungen

Texte für Kommentare

Kopieren

Löschen

OK

Abbrechen

8. Für das Anlegen der neuen MK-Position klicken Sie auf |Kopieren|.

9. Es öffnet sich ein Fenster für das „Speichern der Gebührennummer unter einem anderen Namen“.

Im Feld |Neuer Name| geben Sie den neuen Namen ein:

Speichern der Gebühren-Nr. unter anderem Namen

Neuer Name: MK6100M

Die alte Gebühren-Nr. bleibt erhalten.

Evtl. Änd. der alten Geb-Nr. sichern.

Zugeordnete Texte mit übernehmen.

Starten

Abbrechen

Bei MK-Leistungen sollte der Name immer mit MK beginnen und direkt danach folgt die Nummer + Ergänzung.

5. Neue Tabellen für Mehrkostenvereinbarungen erstellen

In unserem Beispiel haben wir die Nummer 6100 beibehalten, da es sich um die Eingliederung von Brackets handelt.

Als Ergänzung haben wir ein „M“ eingefügt für MINI.

10. Die gesetzten Häkchen können in der Regel immer stehen bleiben.

Für das Kopieren klicken Sie auf |Starten|.

11. Das Programm legt die neue Leistung an.

Den erfolgreichen Kopiervorgang erkennen Sie am Feld |Gebühren-Nummer|. Dort muss der neue Name stehen:

Datenverwaltung GoZ

Gebührenordnung

Gebührenordnung: 2 GoZ Gebühren-Nummer: **MK6100M**

12. Zum Schluss müssen Sie die Felder |Bezeichnung| und |Interne Kurzbezeichnung| aktualisieren:

Datenverwaltung GoZ

Gebührenordnung

Gebührenordnung: 2 GoZ Gebühren-Nummer: **MK6100M**

Abkürzung:

Bezeichnung: **Eingliederung eines Minibrackets**

Interne Kurzbezeichnung: **Eingliederung eines Minibrackets**

GOZ-Punkte / Preis in EUR: **165,00**

für Druck

Gebühren-Nr für den Druck: **6100**

Abkürzung:

Gebühren-Nr lt.GOZ/GOÄ: **6100**

analoge Leistung lt.§6 Abs.1

Analoge Bema-Nrn

analoge Bema-Nr: **126A** Punkte: **18,00**

Klinikskosten

Klinikskosten: **0,00**

Begrenzung der Gültigkeit

mit Begrenzung
gültig ab: **01.01.12**

mit Begrenzung
gültig bis: **00.00.00**

Bedingungsmerker
Faktoren
Texte für Begründungen
Texte für Kommentare

Kopieren
Löschen
OK
Abbrechen

13. Über |OK| speichern Sie die neue Position.

Sie können die neue Position in der entsprechenden MEHR-Tabelle im Programm |Leistungsbausteine/Tabellen| einfügen.

6. Parameter 44 - Praxisindividuelle Einstellungen für MK-Vereinbarungen

Über |Sonstiges| -> |Installationsdaten| -> |Installation| -> |Parameter| können Sie den Parameter 44 (KFO Mehrkostenvereinbarungen) aufrufen:

Parameter 44 / KFO Mehrkostenvereinbarungen

A - Berechnungstermin für Mehrkosten zu Abschlägen

- Abschlagsmehrkosten sofort abrechnen (Tagesdatum)
- Abschlagsmehrkosten mit Beginndatum abrechnen
- Abschlagsmehrkosten 1 Jahr später abrechnen
- Abschlagsmehrkosten 2 Jahre später abrechnen

B - Berechnungstermin für Mehrkosten zum Labor

- Labormehrkosten sofort abrechnen (Tagesdatum)
- Labormehrkosten mit Beginndatum abrechnen
- Labormehrkosten 1 Jahr später abrechnen
- Labormehrkosten 2 Jahre später abrechnen
- Labormehrkosten nicht automatisch abrechnen

C - Automatische Begründung zu Mehrkostenabschlägen
(Standardvorgabe)

- nein
- ja

D - Ausdruck auf dem Mehrkostenplan

- mit Steigerungssatz
- ohne Steigerungssatz

In diesem Parameter können Sie folgende praxisindividuelle Einstellungen im Zusammenhang mit der Mehrkostenvereinbarung vornehmen:

- Unterfunktion A ⇨ Hier stellen Sie ein, ab welchem Datum standardmäßig die Mehrkosten für die Abschläge frühestens in der Erfassung zur Abrechnung gespeichert werden sollen. Automatisch ist hier die erste Funktion aktiv.
- Unterfunktion B ⇨ Über diese Funktion stellen Sie ein, ab welchem Datum standardmäßig die Mehrkosten für die Laborkosten frühestens in der Erfassung zur Abrechnung gespeichert werden sollen. Automatisch ist hier die erste Funktion aktiv.
- Unterfunktion C ⇨ Hier stellen Sie ein, ob der Haken für |Begründungen generieren| bei den Mehrkostenabschlägen automatisch gesetzt sein soll oder nicht.
- Unterfunktion D ⇨ Ob der Steigerungssatz ausgedruckt werden soll oder nicht, stellen Sie über diese Funktion ein.

7. Hinweise zu gespeicherten MK-Leistungen in der Patientenakte

7.1 Änderungen über Details bei einer gespeicherten MK-Leistung

Wenn Sie bei einer Mehrkostenleistung über |Details zu Leistungen| die Anzahl oder den Faktor ändern, wird sofort der Mehrkostenbetrag (GOZ abzüglich Bema) aktualisiert.

ACHTUNG:

Die zugehörige Bema-Position wird nicht automatisch geändert!

Wenn Sie die Anzahl einer gespeicherten Mehrkostenleistung ändern, müssen Sie die Änderung auch bei der abzüglichen Bema-Leistung vornehmen.

7.2 Kassenspunktwert

Bei den abgerechneten Mehrkostenleistungen wird der Kassenspunktwert gespeichert, damit dieser bei Wiederholungsrechnungen vorhanden ist. Zu erkennen ist dieses unter Details zur Leistung.

Geschäftsführer

Hans Georg Schilling
Registergericht Pinneberg HRB 1529 EL
Steuernummer: 18 / 294 / 06653
Ust.-Id.-Nr. DE 134 847 405

Telefon / Fax / Internet

Fon: +49 - (0) - 4121 - 2380
Fax: +49 - (0) - 4121 - 20336
www.dental-vision.de
info@dental-vision.de

Bankverbindung

VR Bank in Holstein eG
IBAN DE44 2219 1405 0017 0830 90
BIC GENODEF1PIN

