

„Das ist neu in dieser Version“

Die Update-Kurz-Dokumentation zum
Update 3/2013

V13.3

Das ist neu in dieser Version

V13.3

Inhaltsverzeichnis

1	WICHTIG: Was Sie direkt nach dem Update 3/2013 beachten müssen.....	4
1.1	Aktualisierungen, die durch das Update erfolgt sind.....	4
1.1.1	Zur Information	4
1.2	Aktualisierungen, die Sie nach dem Update selbst durchführen können.....	4
1.2.1	Zur Information	4
1.3	Medikamente	4
1.3.1	Neue Medikamentenpreise.....	4
1.3.2	Arzneimittelvereinbarungen (ARV):.....	4
2	... und was gibt's Neues in der Version?	5
2.1	Neue Verordnung:	5
2.1.1	BTM-Rezept: Mehrfachverordnung des gleichen Medikamentes.....	5
2.1.2	Neuer Button "Rezept und Medikamentenplan drucken"	5
2.1.3	Hinweis auf nicht erstattungsfähige Medizinprodukte.....	5
2.1.4	Neue Eingabe der Dosierung	6
2.2	Medikamentenplan	9
2.2.1	Abfrage Papierformat bei mehrseitigem Ausdruck	9
2.3	Heilmittelverordnung	9
2.4	Heilmittelpreise	11
2.5	Formulare	11
2.5.1	Neu eingebundene Formulare in TURBOMED zum Update 3/2013.....	11
2.5.2	Blankoausdruck von Formularen	12
2.5.3	Therapieplan: Desktop-Objekt beim Patienten hinterlegen.....	12
2.5.4	Formular "Stammblatt für den palliativmedizinischen Konsiliardienst": Einsprungmöglichkeiten.....	12
2.5.5	Formular "Epicutantest Blatt 1": Freie Eintragszeilen implementiert.....	13
2.5.6	Formular "Pflegestufe/Schwerbehinderung": Neue Kennzeichen hinzugefügt.....	13
2.5.7	Formular "Pflegestufe/Schwerbehinderung": Prozentzeichen (%) wurde in GdB geändert.....	14
2.5.8	Formulare für Allergietests: Eingabe der Negativwerte vereinfacht	14
2.6	Statistiken	15
2.6.1	Neues Laborbudget 2013.....	15
2.6.2	Patienten nach Laborleistungsvolumen.....	22
2.6.3	Verordnungsstatistiken	22
2.6.4	Regelleistungsvolumina.....	22
2.7	eDMP und DMP	23
2.7.1	eDMP Asthma bronchiale – ab 01.07.2013 neue Formulare und Plausibilitäten	23
2.7.2	DMP Brustkrebs – ab 01.07.2013 neue Formulare und Plausibilitäten	23
2.8	Erweiterte Suche.....	24
2.8.1	Neues Suchkriterium "Ziffern des Behandlungsfalles"	24
2.8.2	Ausgabe der Abrechnungsdiagnosen mit ICD-10-Schlüssel	24
2.9	Komplexsteuerung.....	24
2.9.1	Neue Formulare in der Komplexsteuerung	24
2.9.2	Impfrezept: Ausdruck über Zentralen Druck	25
2.10	TURBOMED-Facharzt Gynäkologie	25
2.10.1	Mutterschaftsvorsorge: Vereinbarung zur ergänzenden Vorsorge.....	25

2.11	QS-Hörgeräteversorgung	26
2.12	QS Hörgeräteversorgung Kinder.....	26
2.13	Live-Check.....	26
2.14	HzV - Hausarztzentrierte Versorgung	27
2.15	Hilfreiche Präparate-Informationen	27
2.15.1	<i>Patienteninformationen: Deutsch, Türkisch, Russisch</i>	<i>27</i>
2.15.2	<i>Diagnose-Patenschaft</i>	<i>28</i>

1 WICHTIG: Was Sie direkt nach dem Update 3/2013 beachten müssen

1.1 Aktualisierungen, die durch das Update erfolgt sind

1.1.1 Zur Information

Folgende Listen wurden mit dem ersten Programmstart nach dem Update aktualisiert:



1.2 Aktualisierungen, die Sie nach dem Update selbst durchführen können

1.2.1 Zur Information



1.3 Medikamente

1.3.1 Neue Medikamentenpreise

Mit der neuen ifap-Version werden Ihnen auch neue Medikamentenpreise samt neuen Zuzahlungsgrenzen zur Verfügung gestellt.

Das aktuelle ifap praxisCENTER wird direkt während des TURBOMED-Setups aktualisiert.

Sobald die neue Arzneimitteldatenbank installiert ist, erkennt TURBOMED dies und bietet beim nächsten Programmstart eine Aktualisierung der Medikamentendaten an.

1.3.2 Arzneimittelvereinbarungen (ARV):

TURBOMED informiert Sie als Arzt bei der Verordnung von Medikamenten über eventuell vorliegende Arzneimittelvereinbarungen (ARV). Bei der Umsetzung war uns sehr wichtig, dass wir Sie trotz der geforderten Integration der ARV-Information nicht in Ihrem gewohnten Verordnungsvorgang behindern. Die meisten der geforderten Funktionen zum AVWG Stufe 3 wurden in der Arzneimitteldatenbank ifap praxisCENTER® umgesetzt, aber auch in TURBOMED wurden einige Änderungen erforderlich.

So ist in der Neuen Verordnung und in der Eigenen Liste der Medikamente eine Spalte ARV eingefügt worden. In dieser Spalte wird ein Paragraphen-Zeichen (§) eingeblendet, wenn für den KV-Bereich entsprechende "ARV"-Daten vorliegen. Derzeit liegen Daten für die KV-Bereiche Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Hamburg, Nordrhein, Baden-Württemberg, Brandenburg, Thüringen und Sachsen vor. Somit werden auch nur in diesen Bereichen ARV-Informationen angezeigt. Verordnen Sie ein Medikament, bei dem ein solches Paragraphen-Zeichen hinterlegt ist, so wird Ihnen nach einem Klick auf dieses Zeichen der von der KV gelieferte Regelhinweistext angezeigt.

Sollten Sie weitere Informationen zu diesem Medikament wünschen, können Sie durch Klick auf den Button **Weitere Informationen** direkt in das ifap praxisCENTER® springen. Dort finden Sie dann weitere umfangreiche Informationen zu diesem Medikament bezüglich der ARV.

Gibt es für das von Ihnen ausgewählte Medikament gemäß den ARV-Daten Ihrer KV Angebote für Alternativpräparate, werden Ihnen diese beim weiteren Ordnungsprozess, bei einem Klick auf das Para-

graphen-Zeichen im unteren Teil der neuen Verordnung, ähnlich wie bei dem bereits bekannten Bonus-Malus-Assistenten i:bonus®, angeboten. Sie können dann im i:bonus® ARV auswählen, welches Alternativpräparat Sie verordnen möchten.

Haftungsausschluss - Die im ifap praxisCENTER® und im i:bonus® ARV verwendeten Daten zu den Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene und den dazugehörigen Arzneimittelsubstitutionen stammen direkt von der jeweiligen KV. Die Daten werden von der ifap GmbH, 82152 Martinsried, weder beeinflusst noch verändert. Daher übernimmt die ifap GmbH keine Gewähr für die Korrektheit und medizinische sowie wirtschaftliche Sinnhaftigkeit der Hinweise im ifap praxisCENTER® und der Arzneimittelsubstitutionsvorschläge in i:bonus® ARV.

Bei Fragen zu den dargestellten Daten wenden Sie sich direkt an Ihre zuständige KV.

2 ... und was gibt's Neues in der Version?

2.1 Neue Verordnung:

2.1.1 *BTM-Rezept: Mehrfachverordnung des gleichen Medikamentes*

Innerhalb der Neuen Verordnung können nun auf ein BTM-Rezept wieder mehrere Packungen des gleichen Medikamentes verschrieben werden.

Hierzu ändern Sie bitte, wie bei den anderen Rezeptformularen gewohnt, den Eintrag in der Spalte **Anzahl** ab.

Pr	Sta	ARV	RP-Art	Dau	Non	Name	Menge	Anz	Dosierung	Einnahme	Rezept	Infozeile
✓	!		btm			Morphin 100 Retard Heumann RET N1 20 St	N1	2			P	

2.1.2 *Neuer Button "Rezept und Medikamentenplan drucken"*

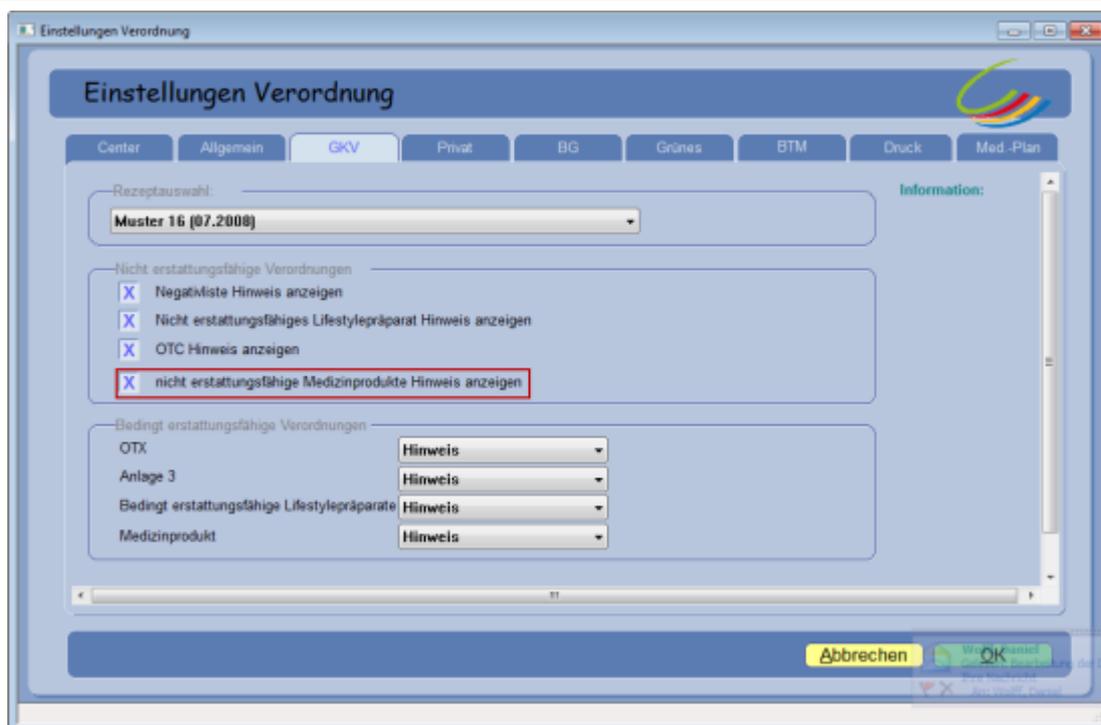
Im unteren Bereich der Neuen Verordnung wurde in den Registerkarten **Alle Med.**, **Dauermed.**, **Sonstige Med.**, **Therapiehistorie** und **Med.Plan** der neue Button **Rezept und Medikamentenplan drucken** geschaffen.

Pr	Sta	ARV	RP-Art	Dau	Non	Name	Menge	Anz	Dosierung	Einnahme	Rezept	Infozeile
✓	!		PPP			Ibuprofen 150mg SUP N1 10 St	N1	1			P	

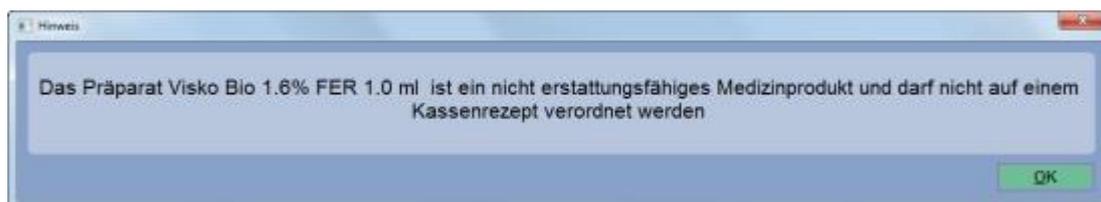
Klickt man diesen Button an, wird das Rezept (in diesem Beispiel: Privatrezept) **und** anschließend der Medikamentenplan ausgedruckt.

2.1.3 *Hinweis auf nicht erstattungsfähige Medizinprodukte*

Unter **Strg-E** im Reiter **GKV** wurde ein neuer Einstellungspunkt bereitgestellt. Über den Punkt **nicht erstattungsfähige Medizinprodukte Hinweis anzeigen** haben Sie die Möglichkeit, diese Hinweise anzeigen bzw. nicht anzeigen zu lassen.



Bei einem nicht erstattungsfähigen Medizinprodukt erscheint nun, abhängig von der Einstellung des Schalters **nicht erstattungsfähige Medizinprodukte Hinweis anzeigen**, folgender Hinweis:



Handelt es sich bei der Verordnung um ein **nicht erstattungsfähiges Medizinprodukt**, greift die Rezeptauswahl aus dem Reiter **Grünes** der **Strg-E**-Einstellungen der Neuen Verordnung.

Ob es sich um ein erstattungsfähiges Medizinprodukt oder um ein **nicht erstattungsfähiges Medizinprodukt** handelt, erkennen Sie in der Hinweisspalte der Neuen Verordnung:

RPL-Nr	Medikament	Wirkstärke	Wirkstoff	ARY	Verordnet	Preis	Hinweise	Zuzahlung	Zuzahlung	
PP9	Acc 100 Tabs TAB N1 20 St	100 mg	Acetylcyste		06.02.2013	3,91 Euro	A C	nein	0,00 Euro	
	Acc 200 BTAN1 20 St	200 mg	Acetylcyste		14.01.2013	12,02 Euro	R	RV ja	0,00 Euro	
	Acc 600 Tabs TAB N2 50 St	600 mg	Acetylcyste		09.03.2013	15,11 Euro	R	RV ja	0,00 Euro	
	Acc 600 Tabs TAB N3 100 St	600 mg	Acetylcyste		09.03.2013	20,97 Euro	R	RV ja	0,00 Euro	
	Amvisc 0.8ml Anika FER 1 St	9.6 mg	Hyalurons.		07.08.2013	0,00 Euro	V	ja	0,00 Euro	
PP9	Ass 100 HEXAL TAB N2 50 St	100 mg	Acetylsalicyl		14.01.2013	2,15 Euro	A C	nein	0,00 Euro	
	Bipreterax N 5mg/1 25mg Ascicorp Pha FTA 90 St	Info	Kombinati		28.03.2013	59,30 Euro	R	RI	nein	0,00 Euro
	Bipreterax N 5mg/1 25mg FTAN1 30 St	Info	Kombinati		28.03.2013	25,35 Euro	R	RV	nein	0,00 Euro
	Bipreterax N 5mg/1 25mg FTAN3 100 St	Info	Kombinati		28.03.2013	65,62 Euro	R	RV	nein	0,00 Euro
PP9	Buscopan kohlfarma GmbH DRAN1 20 St	8.19 mg	Butylscopo		13.02.2013	5,59 Euro	A C	RI	nein	0,00 Euro
	Eli Cranell LOE N2 200 ml	0.25 mg	Alftradol		13.03.2013	37,95 Euro	A L C	nein	0,00 Euro	
	Epoetin Alfa HEXAL 30000IE FER N1 1 St	252 µg	Epoetin		15.11.2012	245,34	R 4	RV	nein	0,00 Euro

Ist in der Hinweisspalte zu einem Präparat ein **V** hinterlegt, handelt es sich um ein verordnungsfähiges Medizinprodukt.

Ist in der Hinweisspalte **kein V** hinterlegt, handelt es sich um ein **nicht** verordnungsfähiges Medizinprodukt.

2.1.4 Neue Eingabemöglichkeit der Dosierung

Zusätzlich zur Angabe einer Tagesdosierung erhalten Sie mit dem neuen Update die Option, zum Medikament eine Intervaldosierung zu hinterlegen.

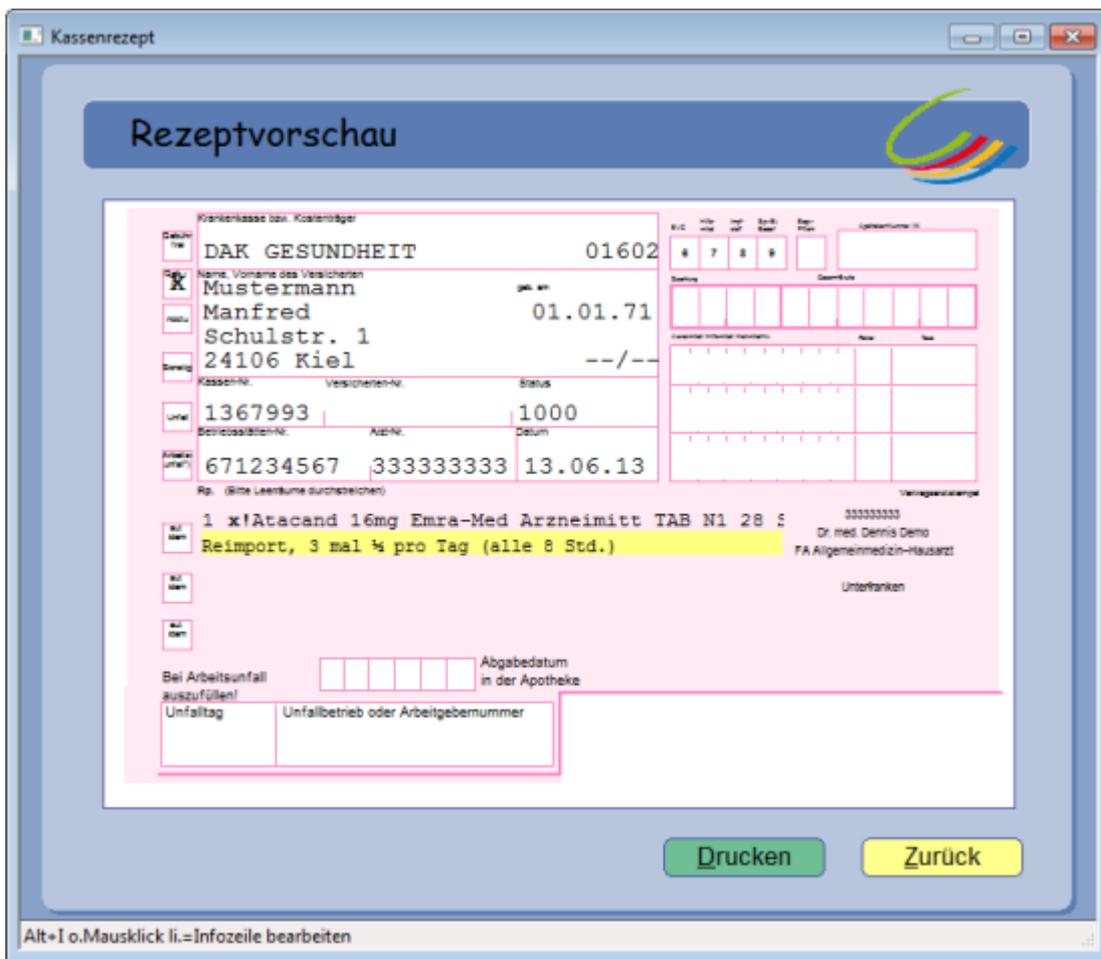
Im Formular [Medikamentenbehandlung bearbeiten](#) wählen Sie hierfür das Feld [Intervalldosierung](#) an.

Die Angabe eines Tagesintervalls bezieht sich dabei immer auf 24 Stunden. Zudem kann auch eine Intervalldosierung für eine Woche oder einen Monat angegeben werden.

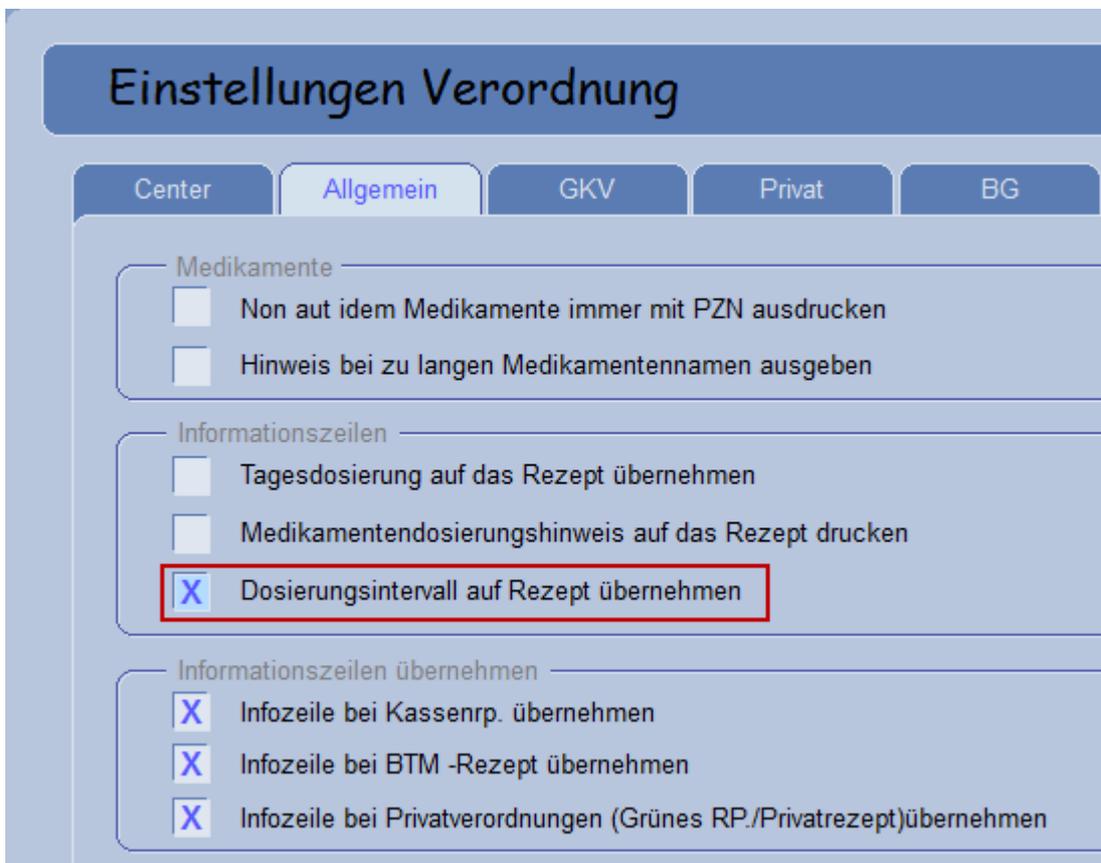
Sofern die Spalte [Dosierung](#) eingeblendet ist, wird die Intervalldosierung analog der Tagesdosierung am Medikament angezeigt.

Preis	Status	ARV	RP-Art	Dauer	Non	Name	Menge	Anzahl	Dosierung
✓	!		IP			Atacand 16mg Emra-Med Arzneimittel TAB N1 28	N1	1	3 mal 1/2 pro Tag (alle 8 Std.)

Die Übernahme der Angaben zum Dosierungsintervall ist mit Auslieferung des Updates aktiv.



In den Einstellungen der Neuen Verordnung (**Strg-E**) lässt sich im Reiter **Allgemein** die Übernahme des Dosierungsintervalls jederzeit deaktivieren.



2.2 Medikamentenplan

2.2.1 *Abfrage Papierformat bei mehrseitigem Ausdruck*



2.3 Heilmittelverordnung

Seitens der KBV wurden zum 01.04.2013 neue Vorgaben zur **Langfristigen Verordnung** von Heilmitteln eingeführt. Diese unterscheiden sich in **langfristige Verordnungen** und **Praxisbesonderheiten**.

Sie werden nun im Verordnungsfenster der Heilmittelverordnung darauf aufmerksam gemacht, ob aus der Kombination des ICD10-Codes und dem Indikationsschlüssel eine langfristige Heilmittelverordnung oder eine reguläre Heilmittelverordnung vorliegt.

Beispiel:

Die Kombination aus dem ICD10-Code M05.22 und dem Indikationsschlüssel EX2a ergibt eine **Praxisbesonderheit**:

Es erscheint im unteren Abschnitt der folgende Hinweistext, sodass direkt das Akutereignis eingetragen werden kann:

Bei dieser Kombination (ICD-10 + Indikationsschlüssel) haben Sie die Möglichkeit eine langfristige Heilmittelverordnung auszustellen.

Man erkennt, dass es sich hier um eine Heilmittelverordnung als Praxisbesonderheit handelt, da das Kreuz im Feld **Erstverordnung** und **langfristige Verordnung** gesetzt ist. Heilmittelverordnungen als Praxisbesonderheit durchlaufen den Bestimmungen **Erstverordnung**, **Folgeberverordnung** und **Verordnung außerhalb des Regelfalles**. Die Häufigkeit der **Verordnungen außerhalb des Regelfalles** orientiert sich am Genehmigungszeitraum der jeweiligen Praxisbesonderheit. Das Kreuz im Feld **langfr. Verordnung** wird gesetzt, damit das von der Krankenkasse geforderte **Akutereignis** eingetragen werden kann. Anhand dessen errechnet TURBOMED den **Verordnungszeitraum**, der sofort eingetragen wird.

Langfristige Heilmittelverordnungen werden immer als Verordnung außerhalb des Regelfalles ausgestellt. Zusätzlich wird das Kreuz im Feld Langfristige Verordnung gesetzt. So kann u.a. ein begrenzter Verordnungszeitraum eingetragen werden.

Handelt es sich um eine langfristige Heilmittelverordnung (Beispielkombination: ICD-10 Code E74.0 und Indikation AT2), erkennen Sie dies an dem Hinweis im unteren Abschnitt des Bildes:

HMV Verordnung außerhalb des Regelfalles AT2a

Heinrich Appeldorn geb. am: 02.04.1941

Heilmittel-Katalog | bish. Verordnungen | **Verordnung** | Begründung

Heilmittelverordnung vom: 10.06.2013 Diagnose: E74.0 G) Grenzdextrinose ICD: E740

Menge	Heilmittel	Anzahl/Wo	Indikation	Preis/Behandlung	Regelfall
6	Klassische Massagetherapie	1	AT2a	8,80	6-6-18 <input checked="" type="checkbox"/>

Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Atemnot, auch anfallsweise auftretend

Therapieziel
Erl. einer physiol. Atmung, Thoraxbew.verb. einsch. d. Atemhilfsmusk., Expektorat. u. Hustentechnik

Erstverordnung [F2] Therapiebeginn 24.06.2013 Drucken Gruppentherapie [F4] Unfall
 Folgeverordnung [F3] Therapieende 05.08.2013 Hausbesuch [F5] BVG
 Verordnung außerhalb des Regelfalles [F7] (nur mit Begründung) Therapiebericht [F6] Versicherung

Bei dieser Kombination (ICD-10 + Indikationsschlüssel) haben Sie die Möglichkeit eine langfristige Heilmittelverordnung auszustellen.

langfr. Verordnung Verordnungszeitraum von 10.06.2013 Antrag gestellt
 Akutereignis bis Genehmigung erhalten

Drucken | Abbrechen

Verordnen Sie eine Heilmittelverordnung, die keine langfristige Heilmittelverordnung oder Praxisbesonderheit ist, so wird Ihnen dieses Fenster dargestellt:

HMV Erstverordnung ST1

Heinrich Appeldorn geb. am: 02.04.1941

Heilmittel-Katalog | bish. Verordnungen | **Verordnung** | Begründung | HNO-Befund

Heilmittelverordnung vom: 10.06.2013 Diagnose: J38.3 G) Stimmbandkeratose ICD: J383

Menge	Heilmittel	Anzahl/Wo	Indikation	Preis/Behandlung	Regelfall
10	Stimmtherapie 30 Minuten	2	ST1	21,47	10-10-20 <input checked="" type="checkbox"/>

Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)
Stimmstörungen mit eingeschränkter stimmlicher Belastbarkeit

Therapieziel
Verbesserung der Stimmqualität und der stimmlichen Belastbarkeit bis zur Normalisierung oder Wiederherstellung einer stimmlichen Kommunikationsfähigkeit

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z. B. psychointellektueller Befund)

Erstverordnung [F2] Therapiebeginn 24.06.2013 Drucken Gruppentherapie [F4] Unfall
 Folgeverordnung [F3] Therapieende 29.07.2013 Hausbesuch [F5] BVG
 Verordnung außerhalb des Regelfalles [F7] (nur mit Begründung) Therapiebericht [F6] Versicherung

Diese Felder dürfen Sie nur füllen, wenn Sie eine langfristige Heilmittelverordnung ausstellen möchten.

langfr. Verordnung Verordnungszeitraum von Antrag gestellt
 Akutereignis bis Genehmigung erhalten

Drucken | Abbrechen

Im unteren Abschnitt wird Ihnen folgender Hinweis gezeigt:

Diese Felder dürfen Sie nur füllen, wenn Sie eine langfristige Heilmittelverordnung ausstellen möchten.

2.4 Heilmittelpreise

Für die folgenden KV-Bereiche wurden die Heilmittelpreise aktualisiert:

KV-Bereich	Stand alt:	Stand neu:
Sachsen-Anhalt	01.01.2013	01.04.2013
Brandenburg	01.05.2012	01.01.2013
Sachsen	01.01.2013	01.03.2013
Nordrhein	01.03.2012	01.01.2013
Berlin	01.03.2012	01.01.2013
Bayern	01.04.2012	01.01.2013
Rheinland	01.04.2012	01.01.2013

Möchten Sie die neuen Heilmittelpreise für Ihren KV-Bereich übernehmen? Dann aktualisieren Sie bitte Ihre Heilmittel über das [TURBOMED-Hauptmenü/ Eigene Listen/ Aktualisierungen](#).



Hinweis:

Wenn Sie die Heilmittelpreise für Ihren KV-Bereich übernehmen, sind Ihre eigenen getätigten Eingaben in der [Eigenen Liste/ Heilmittel](#) **nicht** mehr vorhanden.

2.5 Formulare

2.5.1 Neu eingebundene Formulare in TURBOMED zum Update 3/2013

Aufruf	Formular	Zusätzliche Informationen
Fachärzte/ BG-Verwaltung/ BGSW-Formulare	F2150 Mitteilung D-Arzt: Überweisung BGSW	Version 0106 einstellbar unter Strg-E , Registerkarte BG blanko
Fachärzte/ BG-Verwaltung/ Messblätter	F6222 Messblatt Wirbelsäule	
Fachärzte/ Dermatologie/ Almirall/Hermal	Epicutantest Blatt 3	Version 11/2010 einstellbar unter Strg-E , Button Zusatz
Sonstige/ KV spezifische Formulare/ Niedersachsen/Bremen	Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen	Version 01/2013 einstellbar unter Strg-E , Button Zusatz
Sonstige/ Deutsche Rentenversicherung/ Bund/ Pdf-Formulare	Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung G1204-1205	Version 01.01.2013 wurde eingebunden
	Honorarabrechnung G1206	Version 15.03.2013 wurde eingebunden
	Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Abhängigkeitskranke G2112	Version 01.01.2013 wurde eingebunden
	Ärztlicher Befundbericht bei bösartigen Geschwulstkrankheiten und malignen Systemerkrankungen G1443	Version 01.01.2013 wurde eingebunden
	Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation G1089	Version 01.01.2013 wurde eingebunden
Sonstige/ Deutsche Rentenversicherung/ Baden-Württemberg/ Pdf-Formulare	Ärztlicher Befundbericht RT5020	Version 10/12 wurde eingebunden
Sonstige/ Deutsche Rentenversicherung/ Mitteldeutschland/ Pdf-Formulare	Ärztlicher Befundbericht zum Rentenantrag	Version 10/2012 wurde eingebunden

	Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur med. Reha (G100)	Version 10/2012 wurde eingebunden
Sonstige	Anleitung zur schuhtechnischen Versorgung bei diabetischem Fußsyndrom	
Organisation	Insulinplan	
DMP	Schulungsrezept DMP 13	Version 4/12 einstellbar unter Strg-E, Button Zusatz

2.5.2 Blankoausdruck von Formularen

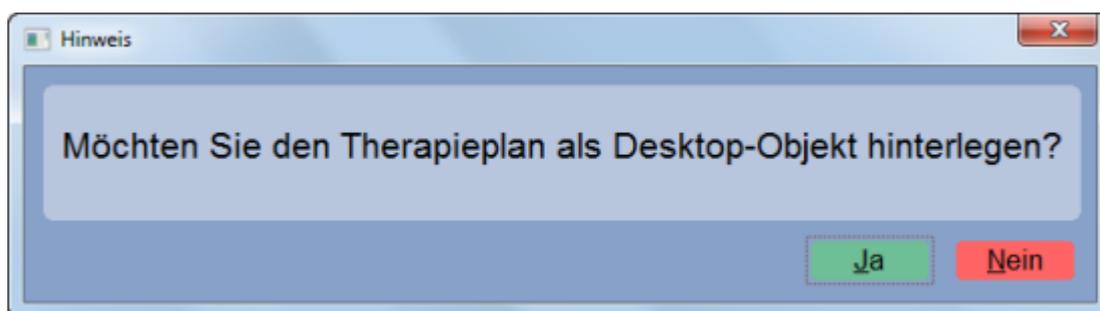
In einigen Formularen kann jetzt der "Blankodruck" eingestellt werden. Rufen Sie hierzu im entsprechenden Formular die Einstellungen mit **Strg-E** auf. Wechseln Sie in die Registerkarte **Ausdruck** und setzen das Kreuz im Feld **Blankoausdruck**. Anschließend klicken Sie den Button **Übernehmen** an und verlassen das Formular. Wenn Sie nun erneut das Formular über das Menü aufrufen und über **Strg-D** (Direkt-Druck) bzw. **Strg-R** (zentralen Druck) ausdrucken, wird das Formular "blanko" ausgedruckt.

Diese Funktion wurde in den folgenden Formularen implementiert:

Aufruf	Formular	Zusätzliche Informationen
Sonstige/ KV spezifische Formulare/ Baden-Württemberg	Präventionsempfehlung für AOK	
Sonstige/ Versorgungsamt	Versorgungsamt Saarland	

2.5.3 Therapieplan: Desktop-Objekt beim Patienten hinterlegen

Im Formular **Therapieplan** gibt es in den Einstellungen (**Strg-E**) unter dem Button **Zusatz** den Schalter **Beim Beenden abfragen, ob der Therapieplan als Desktop-Objekt angelegt werden soll**. Wurde dieser Schalter aktiviert und das Formular wird verlassen, gespeichert oder ausgedruckt, erscheint folgende Hinweismeldung:



Wird diese Hinweismeldung mit **Ja** beantwortet, wird das folgende Icon auf dem Desktop des Patienten abgelegt:



Das Formular **Therapieplan** ist vom Patienten aus über das Menü **Organisation/ Therapie** aufrufbar.

2.5.4 Formular "Stammblatt für den palliativmedizinischen Konsiliardienst": Einsprungmöglichkeiten

Im Formular **Stammblatt für den palliativmedizinischen Konsiliardienst** wurden im Feld **Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund** folgende Funktionen/Einsprünge implementiert:

RF	Rundfunkgebührenbefreiung möglich
----	-----------------------------------

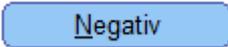
Das Formular ist vom Patienten aus über das Menü [Verwalten/ Allgemeine Patientendaten](#) (**Strg-Alt-F3**) aufrufbar.

2.5.7 Formular "Pflegestufe/Schwerbehinderung": Prozentzeichen (%) wurde in GdB geändert

Im Formular [Pflegestufe/Schwerbehinderung](#) wurde das Prozentzeichen (%) in [GdB](#) geändert. Die Abkürzung [GdB](#) steht für "Grad der Behinderung".

2.5.8 Formulare für Allergietests: Eingabe der Negativwerte vereinfacht

Auf vielfachen Wunsch unserer Anwender wurde die Eingabe von Negativwerten in einigen Allergietest-Formularen vereinfacht.

Klickt man in diesen Formularen den Button  an, wird in allen Feldern der Bindestrich (-) gesetzt. Wurden Felder bereits zuvor gefüllt, werden diese Felder nicht überschrieben, sondern bleiben bestehen.

Dieser Button wurde in den folgenden Formularen implementiert:

- Allergen-Testbogen
- Epikutan Test- und Bestellbogen
- Screening
- Standardtestbogen A5

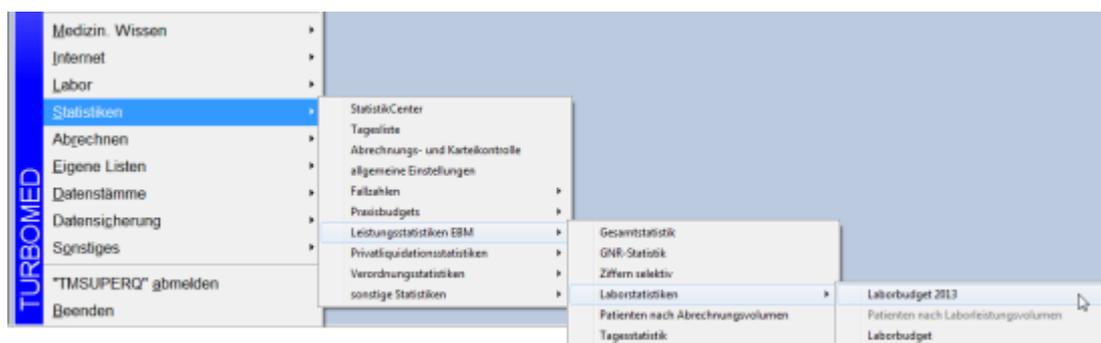
Die oben genannten Formulare sind vom Patienten aus über das Menü [Fachärzte/ Dermatologie/ HAL Allergie GmbH](#) aufrufbar.

2.6 Statistiken

2.6.1 Neues Laborbudget 2013

Es gibt ein aktualisiertes Laborbudget, das den Wirtschaftlichkeitsbonus (Ziffer 32001) und das Laborbudget pro kurativ-ambulantem Behandlungsfall nach den Leistungsanteilen der Ärzte berechnet. Ebenso erfolgt die Berechnung der EBM-Abschnitte 32.2. und 32.3. pro kurativ-ambulantem Behandlungsfall der Praxis.

Diese Statistik rufen Sie aus dem Startmenü über [Statistiken/ Leistungsstatistiken EBM/ Laborstatistiken/ Laborbudget 2013](#) auf.

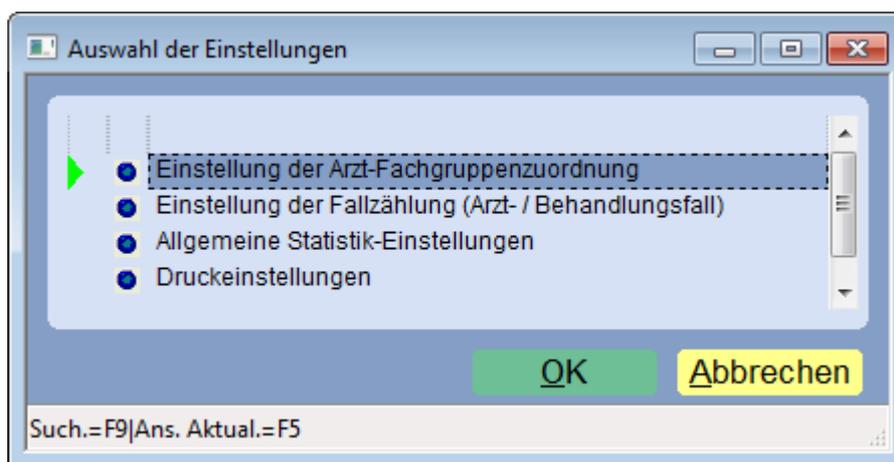


Hinweis:

Behandlungsfälle mit den Ausnahmekennziffern (32005 bis 32023) werden bei der Berechnung für den Wirtschaftlichkeitsbonus und für das Laborbudget nach der Gebührenordnungsposition 32001 nicht mehr berücksichtigt. In den Behandlungsfällen, in denen eine Ausnahmekennziffer angegeben ist, wird somit der Wirtschaftlichkeitsbonus und das Laborbudget nicht mehr zugefügt.

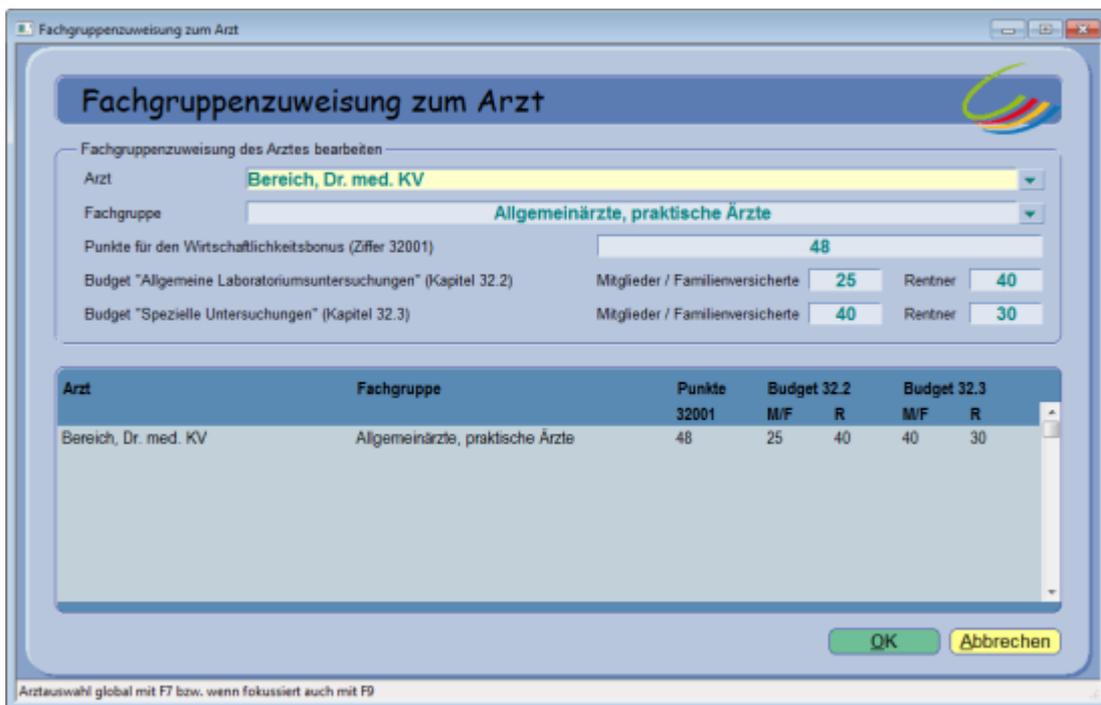
2.6.1.1 Einstellungen der Arzt-Fachgruppenzuordnung

Berücksichtigen Sie zuerst die [Einstellung der Arzt-Fachgruppenzuordnung](#), die Sie aus dem [Laborbudget](#) über den Button [Einstellungen](#) aufrufen können.



Wählen Sie in dem sich öffnenden Fenster über die Pfeilspitze den jeweiligen Arzt und die dazugehörige Fachgruppe aus. Hier werden die Punkte des Wirtschaftlichkeitsbonus und das Budget für die [Allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen \(Kapitel 32.2\)](#) und [Speziellen Untersuchungen \(Kapitel 32.3\)](#) unterteilt in [Mitglieder/Familienversicherte](#) und [Rentner](#) als Punkte übernommen.

Die Punktwerte entsprechen dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 01. April 2013.



Sollten diese Punkte in Ihrem Falle abweichen oder ist Ihre Fachgruppe in der Liste nicht aufgeführt, so kann dieser Eintrag manuell hinzugefügt werden. Hierzu tragen Sie in dem Feld **Fachgruppe** eine Fachgruppe ein, die nicht der Liste entspricht und hinterlegen die Punktwerte, die Sie von Ihrer KV zur Verfügung gestellt bekommen haben.

Über **OK** speichern Sie die Einstellungen in der Liste der Fachgruppen. Sollte sich das Budget Ihrer Fachgruppe ändern, können Sie dieses einfach in den entsprechenden Feldern anpassen. Damit diese Daten in die Liste der Fachgruppen übernommen werden, ist es notwendig, den Namen der Fachgruppe zu ändern.

2.6.1.2 Darstellung des ermittelten Laborbudgets:

Diese Beispielberechnung basiert auf einer Einzelpraxis:

Wirtschaftlichkeitsbonus:	Anzahl der Behandlungsfällen x Punktwert für den Wirtschaftlichkeitsbonus (Ziffer 32001) aus den Fachgruppeneinstellungen = Gesamtpunktzahl des Wirtschaftlichkeitsbonus
Budget Allgemeine Untersuchungen:	Anzahl der Behandlungsfällen M/F x Budget der Allgemeinen Untersuchungen M/F (Kapitel 32.2) = Budget M/F
Budget Spezielle Untersuchungen:	Anzahl der Behandlungsfällen R x dem Budget der Allgemeinen Untersuchungen R (Kapitel 32.3) = Budget R
Erbrachte allgemeine Untersuchungsleistungen:	Erbrachte Punkte aus den allgemeinen Untersuchungsleistungen gesamt
Verbleibendes „Allgemeine Untersuchungen“-Budget:	Noch verbleibende Punkte = Budget Allgemeinen Untersuchungen minus erbrachte Punkte Allgemeine Untersuchungen

Oder

Überschreitung:	Wenn das Budget Allgemeine Untersuchungen minus erbrachte Punkte Allgemeine Untersuchungen überschritten wird.
-----------------	--

Erbrachte spezielle Untersuchungsleistungen:	Erbrachte Punkte aus den speziellen Untersuchungsleistungen gesamt
Verbleibendes „Spezielle Untersuchungen“-Budget:	Noch verbleibende Punkte = Budget Speziellen Untersuchungen minus erbrachte Punkte Spezielle Untersuchungen

Oder

Überschreitung:	Wenn das Budget Spezielle Untersuchungen minus erbrachte Punkte Spezielle Untersuchungen überschritten wird.
Überschreitung insgesamt:	Insgesamte Punktzahl der Überschreitung von den Allgemeinen Untersuchungen und den Speziellen Untersuchungen
Ausgezahlter Wirtschaftlichkeitsbonus:	Errechneter Wirtschaftlichkeitsbonus minus Überschreitung insgesamt = Ausgezahlter Wirtschaftlichkeitsbonus

2.6.1.3 Darstellung des ermittelten Laborbudgets in Gemeinschaftspraxen:

Für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus und des Laborbudgets in Gemeinschaftspraxen wird nun der relative Anteil der Behandlungsfälle zur Berechnung herangezogen. Daraus ergibt sich pro Arzt ein Fallwert. Dieser ist ausschlaggebend für den Wirtschaftlichkeitsbonus und das Laborbudget der Praxis.

Rechenbeispiel anhand einer Gemeinschaftspraxis mit 3 Ärzten:

Behandlungsfälle je Arzt:	ArztA:	849
	ArztB:	2025
	ArztC:	1073
Relativer Anteil an Behandlungsfällen in % (Anteilige Arztfälle in %):	ArztA:	21,5
	ArztB:	51,3
	ArztC:	27,2
Referenzfallwert in € (0 bei nicht berechtigten Ärzten):	ArztA:	0
	ArztB:	48
	ArztC:	0
Berechneter Fallwert (Errechneter Fallwert in Bezug auf Arztfall-Anteile):	ArztA:	0
	ArztB:	24,6
	ArztC:	0

Wirtschaftlichkeitsbonus der Praxis (Berechnung):

$(24,6+0+0) \cdot 3947 \text{ Fälle} = 97096,2 \text{ Punkte}$

2.6.1.4 Darstellung des ermittelten Laborbudgets in Gemeinschaftspraxen mit 2 Arztfachgruppen:

Behandlungsfälle je Arzt:	ArztA (Fachgruppe „Allgemeinärzte, praktische Ärzte“):	1000
	ArztB (Fachgruppe „Anästhesisten“):	857
Relativer Anteil n Behandlungsfällen in % (Anteilige Arztfälle in %):	ArztA:	53,9
	ArztB:	46,1
Referenzfallwert in € (Hier handelt es sich um berechnete Ärzte):	ArztA:	48
	ArztB:	15
Berechneter Fallwert (Errechneter Fallwert in Bezug auf Arztfall-Anteile):	ArztA:	25,9
	ArztB:	6,9

Wirtschaftlichkeitsbonus der Praxis (Berechnung):

$$(25,9+6,9)*1857 \text{ Fälle} = 60909,6 \text{ Punkte}$$

**Hinweis:**

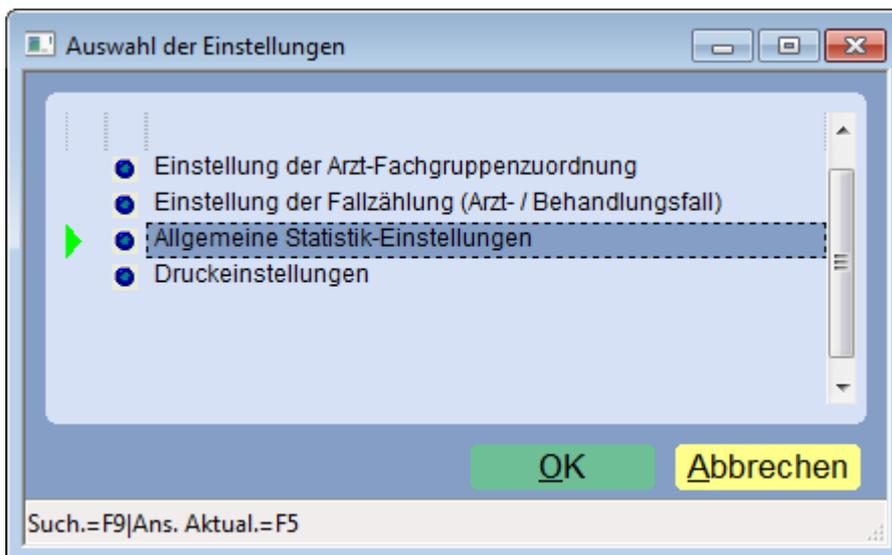
Diese Anteilsberechnung wird innerhalb des Laborbudgets dargestellt. Rufen Sie aus dem Laborbudget über den Button **Ausgaben** das **Protokoll Anteilsberechnung** auf.

Beachten Sie auch das Kapitel **Statistik - Patienten nach Laborleistungsvolumen**. Hier werden Ihnen pro Arzt und Bereich (Wirtschaftlichkeitsbonus, Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen und Spezielle Untersuchungen) die Anteile entsprechend aufgeschlüsselt. Im neuen Laborbudget werden Behandlungsfälle mit Ausnahmeindikationsziffern nicht mehr berücksichtigt. Diese Statistik bietet Ihnen die Möglichkeit, Behandlungsfälle mit diesen Ausnahmeindikationsziffern herauszufinden.

Gegebenenfalls ist es sinnvoll, die Ausnahmeindikationsziffern zu entfernen, um das Laborbudget zu erhöhen. Im anderen Falle ist es ggf. sinnvoll, eine Ausnahmeindikationsziffer einzutragen, damit das Laborbudget nicht zu stark belastet wird.

2.6.1.5 Weitere Einstellungen:Allgemeine Einstellungen:

Welche Behandlungsfälle in das Laborbudget einfließen sollen, ist in den **Allgemeinen Einstellungen** festgehalten. Um hier Änderungen vorzunehmen, öffnen Sie aus der Statistik den Button **Einstellungen** und wählen den Punkt **Allgemeine Statistik-Einstellungen**:

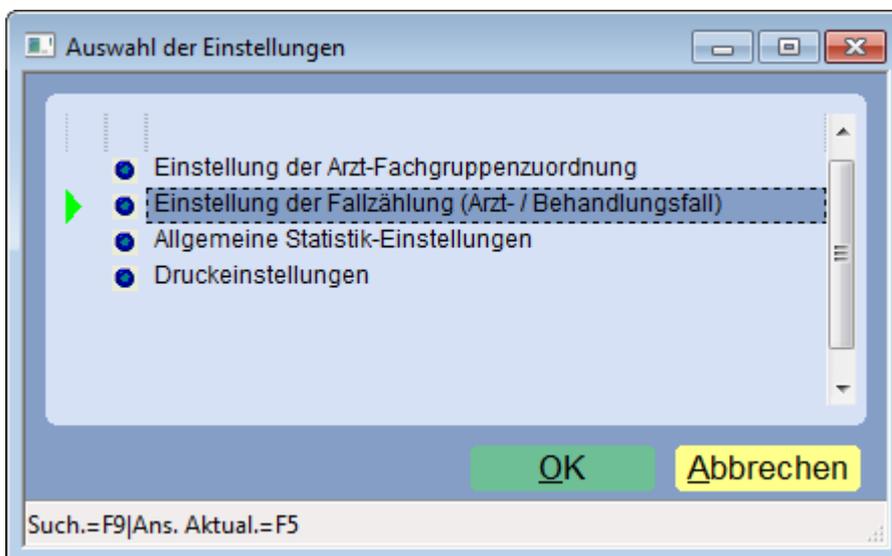


Hier werden Ihnen direkt alle Einstellungen bezüglich des Laborbudgets angezeigt und können ggf. von Ihnen geändert werden. Standardmäßig wurden von TURBOMED die bundeseinheitlichen Vorgaben eingestellt. Nur, wenn es Abweichungen in Ihrem KV-Bereich gibt, können diese Einstellungen bearbeitet werden.

Einstellung der Fallzählung (Arzt-/ Behandlungsfall)

TURBOMED liefert Ihnen die bundeseinheitlichen Vorgaben ab dem 01.04.2013 aus. Hier gilt die Berechnung der Behandlungsfälle und nicht die der Arztfälle!

Möchten Sie sich nun die Statistik arztfallbasierend ausgeben lassen, rufen Sie sich über den Button **Einstellungen** den Punkt **Einstellung der Fallzählung (Arzt-/ Behandlungsfall)** auf.



Es öffnet sich folgendes Fenster:



Hier haben Sie im markierten Feld die Möglichkeit, die zu zählende Fallart zu ändern.

Im Auslieferungszustand ist im Feld **Ausschluss von Behandlungsfällen mit Sonderverträgen** das Kreuz gesetzt. Die Behandlungsfälle mit Sonderverträgen (z.B. die Hausarztzentrierte Versorgung) werden bei dieser Einstellung nicht berücksichtigt. Beinhaltet ein HZV-Behandlungsfall keine Laborleistung, wird im Regelfall zusätzlich ein Kassenbehandlungsfall mit einer Pseudoziffer angelegt. Welche Pseudoziffer verwendet werden darf, erfahren Sie von Ihrer zuständigen KV.

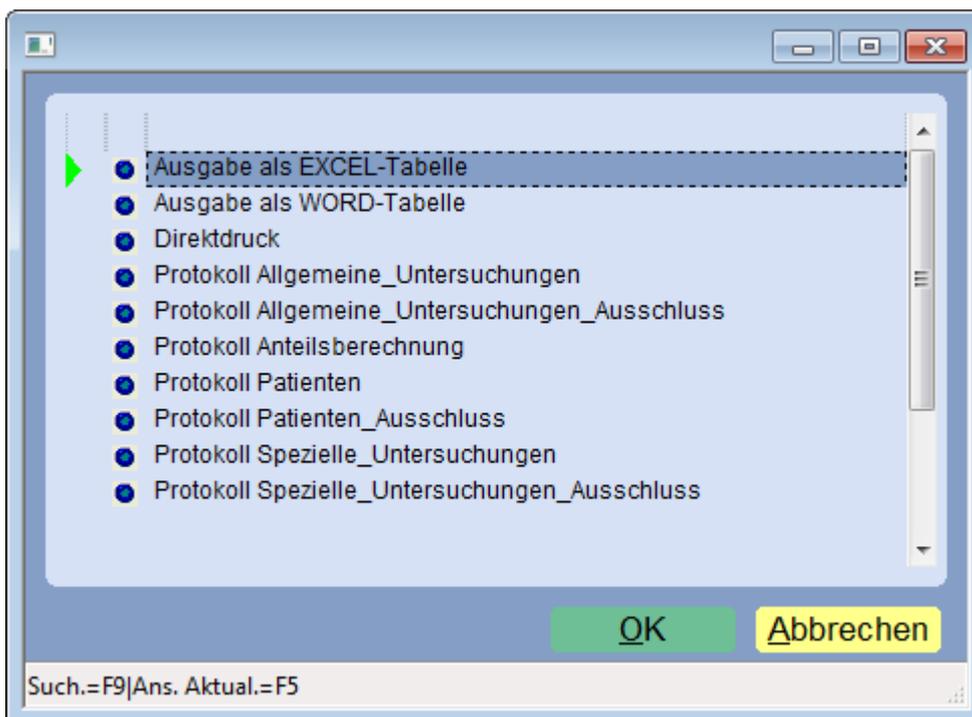
Wurde in einem Behandlungsfall nur eine Ziffer eingetragen und dieser Behandlungsfall soll nicht in dieser Statistik ausgeschlossen werden, tragen Sie in dem Feld **Behandlungsfall zählt nicht, wenn nur folgende Ziffern abgerechnet wurden** die entsprechende Ziffer ein.

Das Feld **Ausschlussziffern Behandlungsfall** besitzt die Funktion, einen Behandlungsfall mit den Ziffern auszuschließen, wenn eine der hier eingetragenen Ziffern in dem Behandlungsfall abgerechnet wurde.

Wird in dem Feld **Ausschlussziffern Abrechnungseintrag** eine Ziffer eingegeben, so wird diese Ziffer gemeinsam mit allen in der Abrechnungszeile stehenden Ziffern nicht berücksichtigt.

2.6.1.6 Ausgabe des Laborbudgets

Mit dem Button **Ausgaben** erhalten Sie eine Auswahlliste von verschiedenen Ausgabemöglichkeiten:



Die Druckeinstellungen können für den Direktdruck oder für den Druck über Word und Excel individuell angepasst werden. Hierfür gehen Sie auf den Button **Einstellungen** und öffnen anschließend die **Druckeinstellungen**.



Hinweis:

Für die Ausgabe als Excel- bzw. Word-Tabelle müssen die Programme Word oder Excel auf dem Rechner installiert sein.

2.6.1.7 Übersicht der Kennziffern bei Ausnahmeindikation

32005	Antivirale Therapie d. chron. Hepatitis B oder C mit Interferon u./o. Nukleosidanaloga
32006	Erkrankungen o. Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder Infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers
32007	Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen
32008	Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie
32009	Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr
32010	Genetisch bedingte Erkrankungen oder Verdacht auf diese Erkrankungen, sofern Untersuchungen nach den Nrn. Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312, 11320 bis 11322 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 durchgeführt werden
32011	Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndrom oder der Hämophilie
32012	Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung
32013	Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Leistungen nach den Nrn.1182 bis 1192 sind
32014	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
32015	Orale Antikoagulantientherapie
32016	Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie
32017	Manifeste angeborene Stoffwechsel- u./o. endokrinologische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose
32018	Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatin-Clearance < 25ml/min
32019	Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und oder Strahlentherapie
32020	HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen
32021	Therapiebedürftige HIV-Infektionen
32022	Manifester Diabetes mellitus
32023	Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immun-

suppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie

2.6.2 Patienten nach Laborleistungsvolumen



Text folgt

2.6.3 Verordnungsstatistiken

Ab dem 01.04.2013 können langfristige Heilmittelverordnungen ausgefüllt werden. Diese Heilmittelverordnungen belasten nicht das Verordnungsbudget.

In den folgenden Statistiken werden nun die langfristigen Heilmittelverordnungen nicht mehr berücksichtigt:

- Verordnungen nach Volumen
- Patienten nach Verordnungsvolumen
- Medikamenten und Heilmittelrichtgrößen
- Indikations- und Wirkstoffanalyse

Der Aufruf dieser Statistiken erfolgt aus dem Startmenü über [Statistiken/ Verordnungsstatistiken](#).

2.6.4 Regelleistungsvolumina

Diese Statistik finden Sie über das [TURBOMED-Hauptmenü/ Statistiken/ Praxisbudgets/ Regelleistungsvolumina](#).

In der Statistik für das Regelleistungsvolumina kann bei dem qualifikationsbezogenen Zusatzvolumen (QZV) jetzt jeweils eingetragen werden, ob das Zusatzvolumen-Budget auf der Basis der QZV-Leistungsfälle des aktuellen Quartals errechnet werden soll. Ist dies gewünscht, rufen Sie sich aus der Statistik den Button [Einstellungen](#) auf. Hier klicken Sie unten rechts auf [Zusatzbudgets](#):

In diesen Einstellungen kann nun das Kreuz im Feld [QZV-bezogene Fallzählung \(QZV\)](#) beim jeweiligen QZV gesetzt werden:

Verlassen Sie mit **OK** und **Speichern** die **Einstellungen** und betätigen zur Berechnung den Button **Starten**.

Jetzt werden zu der Berechnung des qualifikationsbezogenen Zusatzvolumens ausschließlich die Behandlungsfälle berücksichtigt, die die Leistung beinhalten.

2.7 eDMP und DMP

Laut den Anforderungen der KBV ändern sich ab 01.07.2013 die Formulare und Plausibilitäten für eDMP Asthma bronchiale und DMP Brustkrebs.

2.7.1 eDMP Asthma bronchiale – ab 01.07.2013 neue Formulare und Plausibilitäten

Wird nach dem 30.06.2013 ein Behandlungsfall z.B. für das Quartal 3/2013 angelegt und von diesem dann die eDMP-Formulare **Asthma bronchiale Ersteinschreibung** und/oder **Asthma bronchiale Verlaufsdokumentationen** ausgewählt, wird das neue gültige eDMP-Formular aufgerufen.

2.7.2 DMP Brustkrebs – ab 01.07.2013 neue Formulare und Plausibilitäten

Wird nach dem 30.06.2013 ein Behandlungsfall z.B. für das Quartal 3/2013 angelegt und von diesem dann die DMP-Formulare **Erstdokumentation Brustkrebs** und/oder **Folgedokumentation Brustkrebs** ausgewählt, wird das neue gültige DMP-Formular aufgerufen.



Hinweis:

Wird bis zum 30.06.2013 ein Behandlungsfall für das Quartal 2/2013 angelegt und von diesem die eDMP Formulare **Asthma bronchiale Ersteinschreibung** und/oder **Asthma bronchiale Verlaufsdokumentation**, sowie DMP Formulare **Erstdokumentation Brustkrebs** und/oder **Folgedokumentation Brustkrebs** aufgerufen, wird das derzeit gültige DMP-Formular aufgerufen.

Der Export für die Dokumentationen, gültig bis zum 30.06.2013, ist auch nach dem 2. Quartal 2013 durchführbar.



WICHTIG für den Export (DMP Brustkrebs/eDMP Asthma bronchiale) nach dem 01.07.2013:

Um einen erfolgreichen Export [DMP Brustkrebs](#) und [eDMP Asthma bronchiale](#) nach dem 01.07.2013 durchzuführen, ist es erforderlich, das Quartalsupdate 3/2013 einzuspielen, da hier die korrekten Prüfmodule (2/2013 und 3/2013) für den DMP- und eDMP-Export beinhaltet sind.

2.8 Erweiterte Suche

2.8.1 *Neues Suchkriterium "Ziffern des Behandlungsfalles"*

Es gibt ein neues Suchkriterium mit dem Namen [Ziffern des Behandlungsfalles](#). Dieses verhält sich so, wie bisher das Suchkriterium [Ziffern des Patienten](#). Bei der Anwahl des Suchkriteriums [Ziffern des Patienten](#) werden nach Einspielen des Updates die Karteikartenzeilen durchsucht. Bei der Auswahl des Suchkriteriums [Ziffern des Behandlungsfalles](#) wird behandlungsfallseitig gesucht.



Hinweis:

Bereits angelegte Filter, die das Suchkriterium [Ziffern des Patienten](#) beinhalten, müssen nach Einspielen des Updates angepasst werden.

Beispiel:

- Patient verfügt z.B. über zwei Kassenfälle (unterschiedliche Ärzte)
- In einem Fall wurde die Grundpauschale und eine weitere Ziffer abgerechnet
- Im zweiten Fall wurde nur die Grundpauschale abgerechnet

- Startet man nun die [Erweiterte Suche](#) mit dem Suchkriterium [Ziffern des Behandlungsfalles](#) und gibt als Suchbegriff ein, dass alle Patienten ausgegeben werden sollen, bei denen die Grundpauschale abgerechnet wurde, die weitere Ziffer aber nicht, wird der Patient im Ergebnis angezeigt.
 - **Grund:** Der Patient verfügt über **einen** Behandlungsfall, bei dem die Suchkriterien erfüllt werden.
- Startet man die [Erweiterte Suche](#) mit dem Suchkriterium [Ziffern des Patienten](#) und gibt die gleichen Suchbegriffe ein, wird der Patient **nicht** im Ergebnis aufgeführt.
 - **Grund:** Die Grundpauschale ist abgerechnet und auch die zusätzliche Ziffer ist beim Patienten vorhanden.

2.8.2 *Ausgabe der Abrechnungsdiagnosen mit ICD-10-Schlüssel*

Auf vielfachen Wunsch erfolgt die Ausgabe der Abrechnungsdiagnosen in der [Erweiterten Suche](#) nun incl. Angabe des ICD-10-Schlüssels, wie Sie es bisher bereits von den Dauerdiagnosen gewohnt sind.

2.9 Komplexsteuerung

2.9.1 *Neue Formulare in der Komplexsteuerung*

Folgende Formulare stehen nun auf vielfachen Wunsch auch in der Komplexsteuerung zur Verfügung:

- [Rezept blanko ohne Datum](#) unter [Formulare/ Rezepte](#)
- [Sterbedatum](#) unter [Formulare/ Sonstiges](#)
- [Muster F1050 Ärztliche Unfallmeldung A13](#) unter [Formulare/ BG-Berichte](#)

2.9.2 Impfrezept: Ausdruck über Zentralen Druck

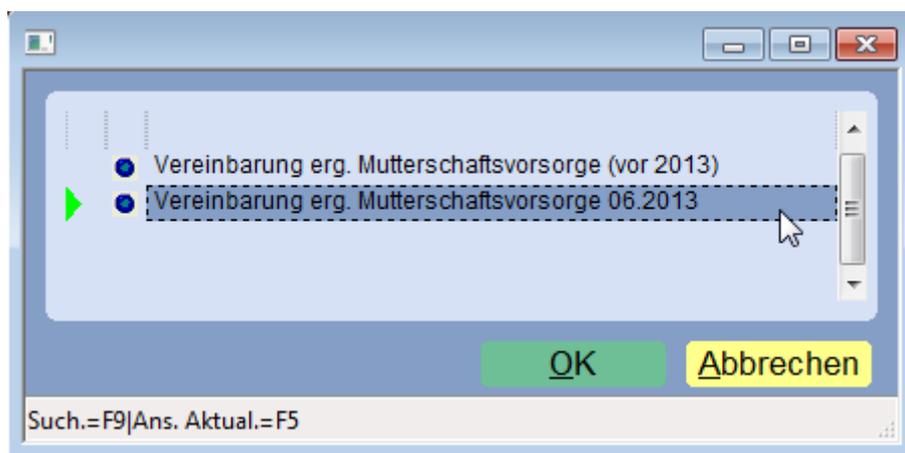
Innerhalb der Komplexsteuerung wird mit diesem Update bei Anwahl des Feldes [Formular in den Zentralen Druck](#) das Impfrezept direkt in den [Zentralen Druck](#) geschoben.

2.10 TURBOMED-Facharzt Gynäkologie

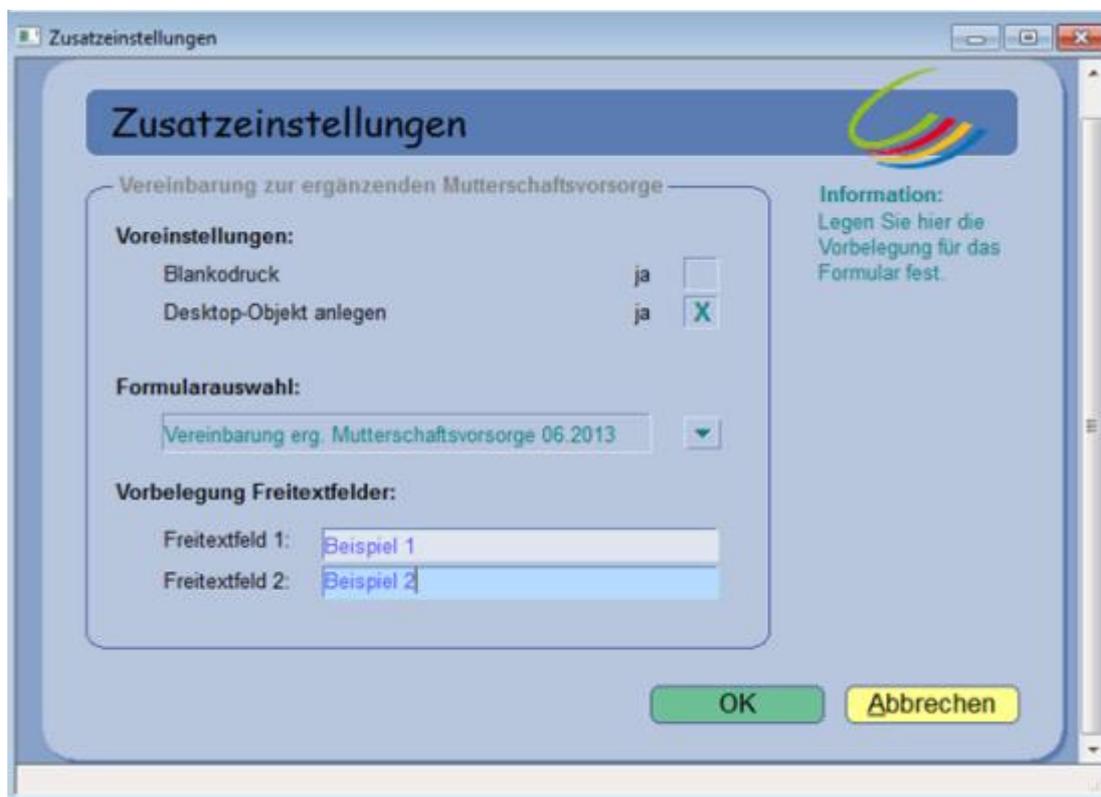
2.10.1 Mutterschaftsvorsorge: Vereinbarung zur ergänzenden Vorsorge

Innerhalb des Gravidogramms kann die ergänzende Vereinbarung zur Mutterschaftsvorsorge über den Button [MuVo plus öffnen](#) aufgerufen werden.

Mit Einspielen des Updates haben Sie die Möglichkeit, über die [Zusatzeinstellungen](#) unter [Strg-E](#) die neue Formularversion auszuwählen.



In der neuen Formularversion sind der [Triple-Test](#) und der [HIV Test](#) entfernt worden. Eine neue Vorbelegung können Sie über die beiden [Freitextfelder](#) selbst wählen.



Mit Klick auf **OK** werden die Einstellungen auf die [Vereinbarung zur ergänzenden Mutterschaftsvorsorge](#) übernommen.

wünsche im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge folgende Zusatzleistungen:

ja	nein	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmoseuntersuchung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluttest Zytomegalie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluttest Ringel-Röteln
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutzuckerbelastungstest
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Streptokokkenuntersuchung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AFP-Bluttest
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ersttrimester-Screening (Nackenfaltenmessung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wunsch-Ultraschalluntersuchungen
		<input type="checkbox"/> In der 16. Schwangerschaftswoche
		<input type="checkbox"/> In der 24. Schwangerschaftswoche
		<input type="checkbox"/> In der 28. Schwangerschaftswoche
		<input type="checkbox"/> In der 34. Schwangerschaftswoche
		<input type="checkbox"/> Zu einem weiteren Zeitpunkt
		<input type="checkbox"/> 3-D-Ultraschall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kombinierte Mutterschaftsvorsorge durch den Arzt / die Ärztin und Hebamme im Wechsel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mutterschaftsvorsorge nur durch den Arzt / die Ärztin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beispiel 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beispiel 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.11 [QS-Hörgeräteversorgung](#)



2.12 [QS Hörgeräteversorgung Kinder](#)



2.13 [Live-Check](#)

Im stressigen Praxisalltag kann es durchaus passieren, dass z.B. ein Patient auf eine fällige Gesundheitsuntersuchung oder Krebsvorsorge nicht hingewiesen wird. Dies bedeutet für die Praxis neben der Patientenbindung auch finanzieller Verlust. Die Vorsorgeuntersuchungen werden außerhalb der Mengenbegrenzung vergütet und würden daher finanzielle Einbußen bedeuten. Zudem ist es auch möglich z.B. im

Bereich der DMP-Versorgung auf fehlende Diagnosen hinzuweisen. Die Leistungen werden von den KVen gestrichen, wenn zu den Leistungen nicht die korrekten Diagnosen hinterlegt werden.

Mit dem neuen Update stellen wir Ihnen die Möglichkeit zur Verfügung, Ihre Abrechnung mit dem kostenpflichtigen Modul **Live-Check** zu optimieren. Sie können sich eigene Hinweise generieren, die patientenindividuell (z.B. beim Patientenaufwurf) darauf aufmerksam machen, dass eine Untersuchung fällig wäre oder eine Diagnose fehlt. Der Vorteil ist, dass mit dem Patienten direkt ein Termin für eine Vorsorgeuntersuchung vereinbart werden könnte bzw. die Diagnose direkt nachgetragen werden kann. Es müssen somit keine Suchläufe mehr gestartet werden, die Patienten herausuchen, die eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen könnten. Der Verwaltungsaufwand für einen anschließenden Serienbriefversand oder das Abtelefonieren der Patienten wird somit überflüssig und bedeutet ebenfalls einen finanziellen Vorteil.

Weitere Informationen finden Sie in unserer Online-Gebrauchsanweisung. Bei Interesse oder weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die TURBOMED-Hotline oder an den TURBOMED-Vertriebspartner.

2.14 HzV - Hausarztzentrierte Versorgung



2.15 Hilfreiche Präparate-Informationen

Mit diesem Update stellen wir Ihnen wieder wichtige, patientennahe Präparat-Informationen zur Verfügung. Damit Sie diese umfassend nutzen können, finden Sie im Folgenden Erläuterungen, wie sie unsere Zusatzfunktionen in Ihrem täglichen Arbeitsablauf unterstützen:

2.15.1 Patienteninformationen: Deutsch, Türkisch, Russisch



Die Patienteninfo ist ein toller Zusatznutzen für Arzt und Patienten!

Nicht nur die Diagnose, auch die gewählte Therapie ist oft erklärungsbedürftig. **Schriftliche Patienteninformationen** stellen sicher, dass die Patienten die gegebenen Informationen zu Hause nochmals in Ruhe nachlesen können. Bei ausgewählten Präparaten erhalten deshalb die Ärzte zum Zeitpunkt der Medikamentenauswahl aus der **Datenbank** die Information, dass zu diesem Präparat **Patienteninformationen** verfügbar sind. Da Ärzte international heilen, weisen **Landesflaggen** darauf hin, in welchen Sprachen die Patienteninformationen verfügbar sind. Diese können direkt im Patientengespräch aufgerufen, ausgedruckt und ausgehändigt werden.

Für folgende Präparate haben wir im ersten Quartal Patienteninformationen hinterlegt:

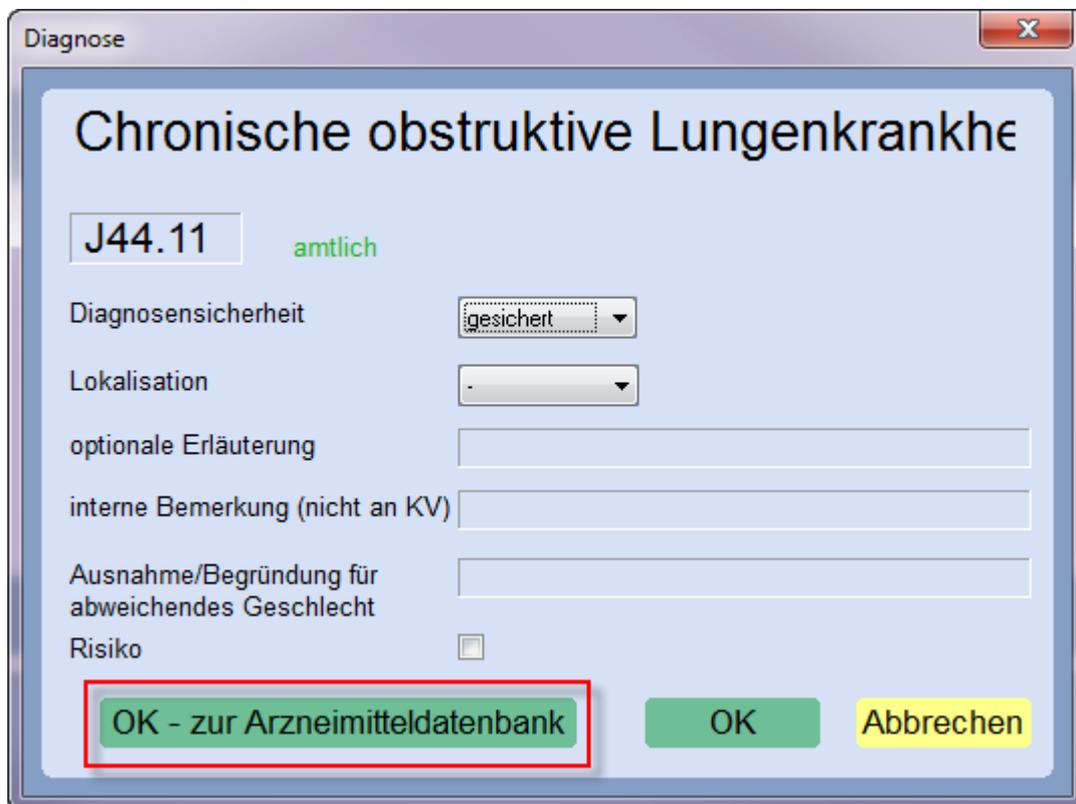
Hersteller	Präparat	PZN
Abbott Arzneimittel GmbH	Kreon	1224753 / 1224782 / 6686783
Astellas Pharma GmbH	Formotop	5129885 / 6913925 / 9542582
Bayer Vital GmbH	Betaferon	03415859 / 03888977
Chiesi GmbH	Foster	0568172 / 6729452
	Foster Nexthaler	09469098 / 09469106 /
Dr. R. Pfleger GmbH	Spasmex 5 mg	6165469 / 3758312
	Spasmex 15 mg	6165475 / 3758335
	Spasmex 20 mg	00557731 / 00558328

	Spasmex 30 mg	0759877 / 0880099
Orion Pharma GmbH	Comtess	4911603 / 4911632
	Easyhaler	6101849/ 9235035/ 6102003
	Stalveo	2208839 / 2208785 / 0206411
Ratiopharm GmbH	Liana	2200766 / 2200789
	Verana	6438370 / 6438393 / 6438387
WEPA Apothekenbedarf	Mosquito	99229023 /9197197

2.15.2 Diagnose-Patenschaft

Mit der Komfortfunktion **Diagnose-Patenschaft** haben Sie die Möglichkeit, schnell und einfach die passenden Medikationen zur gerade ausgewählten Diagnose aufzurufen.

Sie erhalten im Diagnosen-Bestätigungs-Dialog einen Button **OK- zur Arzneimitteldatenbank**.



Es wird nun das ifap praxisCENTER 3 geöffnet und direkt sämtliche zur Diagnose passenden Medikamenten in einer preissortierten Liste dargestellt.

Für folgende Präparate haben wir im zweiten Quartal Diagnose-Patenschaften hinterlegt:

Hersteller	ICD
AWD.pharma GmbH	M51.- / M51.1 / F54
	M99.62 / M99.64 / R52.9
	M81.17 / M81.19 / M81.89
Chiesi GmbH	J45.- / J45.1 / J45.9

DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH	K64.- / K64.1 / K64.9
	M54.0- / M54.01 / M54.99
Jenapharm GmbH	F52.2
	Z30.0 / Z30.8 / Z30.9
	N92.0
	N80.0 / N80.3 / N80.9
Lundbeck GmbH	F32.0 / F32.2 / F33.9
Pfizer Pharma GmbH	G62.9 / G50.0 / M48.09
Merz Pharma	K70.3 / K72.71/ K72.79
TEVA Pharma GmbH ab 01.03.2013	N95.9 / N95.2/ N95.0