

Syntax: PP. F N P

mit: PP = Nummer Parameter

F = Teilfeld

I = Identzeile (ganz oben)

R = rechte Freifelder

U = unteres Freifeld

-- KS 4/91 --> B = mittleres Freifeld (4 Zeilen, früher BS-Felder)

(s.P21) N = Zeile des Teilfeldes

P = Position innerhalb der Feldzeile

Mit einem Doppelpunkt (PP: F N P) wird für das entsprechende Feld ein Druck in doppelter Dichte (17cpi) gewählt.

Festlegung der Parameter

- 01 Pat.-Nr.
- 02 Name, Vorname Geb.-Datum
- 03 Name, Vorname Geb.-Datum Versicherten-Nr.
- 04 Kassen-Kürzel
- 05 Kassen-Bezeichnung
- 06 Versicherten-Nr.
- 07 Name, Vorname Hauptversicherter
- 08 Scheinartangabe (Krankschein, Vertretung etc.)
- 09 Scheinartangabe Überweisung (Mitbeh., Auftrag etc.)
- 10 10-stellige Kassen-INr.
- 11 5-stellige Kassen-VNr.
- 12 Kassenarzt-Nr. überweisender Arzt
- 13 Laufende Schein-Nr. bzw. Fall-Nr.
- 14 Angabe Ortsname bei Besuchen
- 15 Text "Stationäre Behandlung" (C01)
- 16 Text "vom" (C02)
- 17 Text "bis" (C03)
- 18 Stat. Behandlung vom
- 19 Stat. Behandlung bis
- 20 Zone 1 RVO (C04)
- 21 Zone 2 RVO (C05)
- 22 Zone 3 RVO (C06+C09)
- 23 DKM RVO
- 24 Zone 1 EK (C04)
- 25 Zone 2 EK (C05)
- 26 Zone 3 EK (C06+C09)
- 27 DKM EK
- 28 Kennzeichnung Folgeschein (C07)
- 29 Ankündigung Folgeschein (C08)
- 30 Stempel Zeile 1
- 31 Stempel Zeile 2
- 32 Stempel Zeile 3
- 33 Stempel Zeile 4
- 34 Stempel Zeile 5
- 35 Stempel Zeile 6
- 36 Geburtsdatum Hauptvers. (nur in Verbindung mit 07)
- 37 Name Arzt bei N/V

Beispiel Textkonstante

C01 "Stat. Behandl.:"
C02 "vom:"
C03 "bis:"
C04 "Z1"
C05 "Z2"
C06 "Z3"
C07 "Folgeschein"
C08 "weiter nächstes Blatt"
C09 "Z4"

P01	Umsetzung DKM-Angabe in Begründungsklammer	<Druck>
-----	--	---------

1: 25(2,5dkm;xxx) -> 25(xxx)-2.5DKM
2: 25(2,5dkm;xxx) -> 25(xxx)-3DKM
3: 25(2,5dkm;xxx) -> 25 2.5DKM(xxx)
4: 25(2,5dkm;xxx) -> 25 3DKM(xxx)
5: 25(2,5dkm;xxx) -> 25(xxx) 2.5DKM
6: 25(2,5dkm;xxx) -> 25(xxx) 3DKM
16: Angabe DKMxx statt xxDKM

Bei 1 und 2 werden die DKM als eigene Ziffer verarbeitet.
Bei 3 und 4 werden die DKM zur Ziffer hinzugefügt.
Bei 5 und 6 werden die DKM zur Begründung hinzugefügt und
entsprechend als Begründung oder erweiterte Begründung
weiter verarbeitete.

P02	Abrechnung ohne Diagnosen möglich	<ADT>	
-----	-----------------------------------	-------	--

1: Fehlermeldung "Keine Diagnosen" wird abgeschaltet.
Bei ADT jedoch nur für Auftragscheine.

P05	Ziffer 36 statt DKM-Angabe	<Druck>
-----	----------------------------	---------

1: Bei RVO-Kassen wird statt "DKM=" die Ziffer "36" bei mehr als 2 DKM
gedruckt (Druckparameter 23 muss dazu angegeben werden).

P06	KS-Druck für Privatkassen	<KAA>
-----	---------------------------	-------

1: Druck einschliesslich Privatkassen. Die in der Kassensortierung
enthaltenen Privatkassen werden nicht übergangen, sondern mit

ausgedruckt.

P08	Übergabe von Dauerdiagnosen	<ADT>	
-----	-----------------------------	-------	--

1: Dauerdiagnosen nur aus Abrechnungsquartal

P09	Unterdrückung von automatischen Zonen/DKM-Angaben	<ADT>	
-----	---	-------	--

1: BMÄ, keine Angabe bei Nr. 25
2: BMÄ, keine Angabe generell
4: EGO, keine Angabe bei Nr. 25
8: EGO, keine Angabe generell
16: BMÄ, keine Angabe bei Nr. 25W
32: BMÄ, keine Angabe bei Nr. 25N

Für Kombinationen: Summe der entsprechenden Parameterwerte

P10	Zone/DKM-Angabe bei Belegarztscheinen	<ADT+Druck>	
-----	---------------------------------------	-------------	--

1: Erzeugung von DKM bzw. Zonenangabe (fest, ohne Kopplung an bestimmte GO-Nrn) anhand einer KM-Angabe für das Krankenhaus in der Adressdatei.
Dort muss im Feld 'Sonstiges' der Eintrag 'dkm=xxx' stehen.
2: wie 1, aber nur für BMÄ (autom. Angabe für EGO = abgeschaltet)
3: wie 1, aber nur für EGO (autom. Angabe für BMÄ = abgeschaltet)

P11	automat. Angabe von Zone/DKM	<ADT>	
-----	------------------------------	-------	--

1: Angabe Zone/DKM nur einmal bei der ersten Besuchsziffer
2: Angabe Zone auch bei BMÄ
4: Angabe DKM auch bei EGO
8: Zone/DKM für BMÄ wie bei EGO bei Ziffer 18..21,24
16: Angabe Zone/DKM bei Ziffer 50,150 (nur Bayern ...)

Für Kombinationen: Summe der entsprechenden Parameterwerte

P12	Darstellung von Ziffern mit Multiplikator	<Druck>	
-----	---	---------	--

1: Ziffer x M
2: M x Ziffer
3: Ziffer(x M)

4: Ziffer(M x)

P13 Entfernung von Kennzeichnung bei Begründungen <Druck>

- (0:) Ab MS-176L: Kennzeichnungen von Begründungen (b=,o=,m=,etc.) werden nicht auf dem Schein wiedergegeben. Zonenangaben z.B. (z=2) werden als (Z2) gedruckt.
- 1: Die Begründungen werden wie bisher ohne Veränderung gedruckt.

P15 Arztkennung auch bei Diagnosen <Druck> |

- 1: Ausser den Leistungen werden auch die Diagnosen mit den in INST definierten Arztkennzeichen ausgedruckt

P16 Modifizierung der Kassen/Patientenliste <ADT>

- 1: Druck der Kassen/Patientenliste in KVWL-Modus
4: Getrennte Fallzahllisten für ambulant/stationär

P17 Wiederholung Datumsangabe vor Leistungen <Druck> |

- 2: Ziffern mit Uhrzeitangabe(n) werden auf dem Aufkleber jeweils mit eigenem, wiederholt vorangestelltem Datum gedruckt (nur KVSH)

P19 Zeilenfüllender Diagnoseeintrag <Druck> |

- 1: Diagnosen werden auf KS zeilenfüllend eingetragen. Es erfolgt eine harte Trennung. (Voreinstellung für KVWL automatisch).

P21 KS-Format 4/91 (MS 1.78C, 2.02) <Druck> |

- (0:) Neues KS-Format. Die Angaben über Berechtigungsscheine entfallen. Die Position der Ankreuzfelder 'Unfall etc.' ist dem neuen Vor- druck angepasst. Die Angabe 'Stat. Behandlung von...bis' erfolgt automatisch im ehemaligen BS-Feld. Die entsprechenden alten Angaben in der Parameterdatei werden ignoriert; dort ist also eine Änderung nicht zwingend notwendig.

- 1: Deaktivierung: es wird wieder die alte KS-Version gedruckt.

2: Neues KS-Format wie bei P21=0. Die Default-Werte für die Angaben zur stat. Behandlung werden nicht mehr angenommen; es gelten wieder die Angaben in der Parameterdatei. Die vier jetzt freien Zeilen im mittleren Freifeld (oberhalb Entbindungsdatum) können mit der Teilfeldkennung 'B' erreicht werden (B = frühere BS-Felder).

z.B.:

15: B 3 2 ; Text "Stat. Behandl." (C01)
16: B 0 0 ; Text "" (C02)
17: B 4 14 ; Text "-" (C03)
18: B 4 5 ; Stat. Behandlung vom (Datum)
19: B 4 16 ; Stat. Behandlung bis (Datum)

P22	Erstellung Dateien ohne Sonstige Kostenträger	<ADT>
-----	---	-------

1: Bei der Erstellung der Abrechnungsdateien werden die SKT nicht berücksichtigt, obwohl in der Sortierung vorhanden. Die SKT erscheinen also in der Fallzahlliste und können auch ausgedruckt werden, während sie auf der Diskette nicht übermittelt werden.

P23	DKM/Zonenangabe bei 0 km in Stammdaten	<ADT+Druck>
-----	--	-------------

(0:) Wenn beim Patienten die Entfernung nicht angegeben ist (= 0 km), wird ein Warnhinweis ausgedruckt
1: Warnhinweis wird abgeschaltet, es erfolgt keine Angabe Zone/DKM
2: Warnhinweis wird abgeschaltet, es erfolgt bei Zonen die Angabe Z1

P25	Automatische Tagtrennung	<ADT>	
-----	--------------------------	-------	--

(0:) Für Abrechnungen bis 3/94 gilt 3 (manuell + automatisch), ab 4/94 gilt 1 (nur manuelle Trennung durch Anwender)
1: manuelle Trennung = ein, Automatik = aus
2: manuelle Trennung = aus, Automatik = ein
3: manuelle Trennung = ein, Automatik = ein
4: manuelle Trennung = aus, Automatik = aus

P26	Vorgabe Sortiervorschrift	<ADT>	
-----	---------------------------	-------	--

n: Die KVNr wird nicht über die ersten zwei Stellen der Arztnummer bestimmt. Es wird direkt die KV n angewählt.

P27 Einschränkung auf gekennzeichnete Kassen <ADT>

n: Es werden nur solche Kassen abgerechnet, die in Feld 'KS-Sortierg.' den Eintrag '/n' haben (n = 1..9).

P28 Notfallscheine auslassen/separat abrechnen <ADT>

1: Notfallscheine werden bei der Abrechnung ausgelassen.
2: Nur Notfallscheine werden einsortiert. Alle anderen werden ausgelassen.

P29 km-Angabe bei GOÄ in Feld 5004 <ADT>

1: Bei GOÄ wird Feld 5004 statt 5008 (DKM) verwendet.
Für KVWL wird P29 mit 1 vorbelegt.

P30 ICD-Steuerung <ADT>

diese Angaben sind von vor 2/96

1: ICD-Verarbeitung wird eingeschaltet (Test vor 1/96)
2: Kein ?-Eintrag unbekannter Diagnosen im Codierungsregister
4: Kein Ausdruck uncodierter Diagnosen beim Probelauf
8: Kein Ausdruck uncodierter Diagnosen beim Endlauf
16: Uncodierte Diagnosen werden mit U99.9 übergeben
32: Uncodierte Diagnosen werden im Klartext in das Feld '6000' übergeben

diese Angaben sind von 2/96

45: Codierung und Klartext -> bedeutet 1+4+8+32=45 -> genau das gleiche

als wenn P30 überhaupt nicht aktiv ist

99: nur Klartext

diese Angaben sind von vor 2/96

Wenn P30 nicht angegeben wird, wird ab 1/96 automatisch mit der Einstellung

P30=1 gearbeitet. Hinweis: falls es notwendig werden sollte, kann mit P30=99

die ICD-Verarbeitung abgeschaltet werden. Diese Abschaltung ist aber (zur Zeit) nicht ADT-konform!

P94=1 Schein ohne L werden bei der Pr³fung NICHT ber³cksichtigt (ist hauptsöchlich f³r ³ber ADT-Import eingelesene Daten)
