

korrekte Weiterleitung der Anrufe von der 116 117 auf regionale Bereitschaftsdienstorganisationen (wie z.B. einzelne diensthabende Ärzte, Callcenter, Notfallpraxen, Leitstellen oder Rettungsleitstellen) durch regelmäßige Datenlieferungen zur Verfügung

stellen. Die Finanzierung des Gesamtsystems erfolgt für die Jahre 2011 und 2012 durch alle KVen im Umlageverfahren und ab 2013 verursacherbezogen. Die Höhe des finanziellen Beitrags einer jeden KV ermittelt sich dann aus der tatsächlichen Inanspruchnah-

me des Dienstes. Dies bedeutet letztendlich, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte die so entstehenden (Telefon-)Kosten für die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes durch Patienten selbst tragen.

## Vorsicht: keine Verordnungen mehr für Zivildienstleistende!

— Der Wegfall der allgemeinen Wehrpflicht hat dazu geführt, dass es seit Jahresbeginn keine Zivildienstleistenden mehr gibt. Werden dennoch ärztliche Verordnungen auch nach diesem Zeitpunkt zu Lasten der ehemaligen Kostenträger des Zivildienstes ausgestellt, werden diese fehlerhaften Arznei- oder Heilmittelverordnungen an den jeweiligen Absender, also

an den Apotheker oder Physiotherapeuten, zurückgeschickt. Zuständig ist das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA, vormals Bundesamt des Zivildienstes).

### MMW Kommentar

Die Folge einer solchen Fehlverordnung ist ein nicht unerheblicher bürokratischer Mehr-

aufwand in der Praxis, den es von Anfang an zu vermeiden gilt. Die betroffenen Apotheker oder Physiotherapeuten werden nämlich nachträglich eine korrekte Verordnung anfordern. Hierzu muss der tatsächliche Kostenträger ermittelt werden, bei dem man dann auch seine eigenen Leistungen (nachträglich) abrechnen kann.

## KBV bietet Hilfen beim Kodieren an

— Neue, den Anbietern von Praxissoftware zur Verfügung gestellte Tools der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bieten die Möglichkeit, sich Hinweise zur Anwendung der ICD-10-GM anzeigen zu lassen. Die Nutzung dieses Services ist freiwillig. Die Regeln basieren auf den Hinweisen und Querverweisen der ICD-10-GM oder den Vorgaben durch den EBM. Es handelt sich um etwa 350 Regeln. Sie konzentrieren sich auf häufige chronische Erkrankungen. So erfolgt z.B. bei der Eingabe der Diagnose „Akuter Herzinfarkt, ICD-10-Kode I21.1“ und dem Zusatzkennzeichen „Z“ der Hinweis, dass dieser Code den zurückliegenden Zustand einer Erkrankung beschreibt und die Kodierung „I25.2- Alter Myokardinfarkt“ zutreffender wäre. Auch weist bei der Eingabe von ICD-10-Codes die Praxisverwaltungssoftware auf nicht plausible Kodierungen, unübliche Diagnosen und meldepflichtige Infektionskrank-

heiten nach Vorgabe der ICD-10-GM hin. In diesem Zusammenhang prüft die Software, ob zum jeweiligen Diagnoseschlüssel ein Geschlechtsbezug oder ein Altersbezug hinterlegt ist. Wenn das erfasste Geschlecht beziehungsweise Alter des Patienten nicht dem Diagnosecode entspricht, wird ein entsprechender Hinweis angezeigt. Soll der Code dennoch verwendet werden, wird eine Begründung abgefordert. Außerdem weist das Programm auf Diagnosen hin, die in Mitteleuropa unüblich sind. Bei einem ICD-10-Code, der laut Infektionsschutzgesetz meldepflichtig ist, macht die Software auf die Meldepflicht aufmerksam.

### MMW Kommentar

Es war zweifelsohne ein großer Erfolg der ärztlichen Basis, dass es nicht zur ursprünglich gesetzlich vorgeschriebenen Einführung der sog. „Ambulanten Kodierrichtlinien

(AKR)“ gekommen ist. Sie hätten durch einen unmittelbaren Einfluss auf die Erstellung der Quartalsabrechnung die Abläufe in der Praxis erheblich behindert. Unabhängig davon spielt die korrekte Kodierung der Behandlungsdiagnosen nach ICD-10-GM eine wichtige Rolle. Nur wenn Diagnosen bei der Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung korrekt verschlüsselt werden, lassen sich Veränderungen in der Morbidität gegenüber den Kassen nachweisen. Dies wiederum ist im Moment immer noch der relevante Parameter, wenn es darum geht, die notwendigen finanziellen Mittel für die Versorgung der Versicherten als ärztliches Honorar zu erhalten. Diese sogenannten morbiditätsorientierten Veränderungsdaten sind nämlich seit 2012 regional die Ausgangsbasis für die Honorarverhandlungen zwischen den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.