

Befragung zur Diagnosen-Kodierung

1

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir möchten eine Umfrage zur bisherigen Diagnosen-Kodierweise Ihrer Praxis durchführen. (Zeitbedarf 3-5 Minuten) **Bitte zurück per Fax an 09404-952020**

Wie kodieren Sie derzeit in der Praxis?					
	nie	selten	öfters	meist	immer
A Kodes werden auswendig gewusst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Handsuche in ICD-10-Buch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C praxisinterne Papier-Liste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Standard-Diagnoseliste der Praxis-EDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Interne "Hausliste" in der Praxis-EDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Praxisinterne Kürzel-Liste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Übernahme aus Briefen v. Spezialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Übernahme aus Briefen v. Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer führt bei Ihnen in der Praxis die Kodierungen durch?					
	nie	selten	öfters	meist	immer
A Ärztin/ Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Besonders geschulte Mitarbeiter/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Alle Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Kodierzeit benötigen Sie derzeit durchschnittlich pro Konsultation?					
	0sec	1-30sec	31-60sec	1-2min	>2min
A Ärztin/ Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Besonders geschulte Mitarbeiter/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Alle Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wären Sie bereit, ihre „Diagnosen-Hausliste“ auf eine einheitliche hausärztliche Liste von etwa 700 ICD-10 Diagnosen (entsprechend ICPC-2-Systematik) umzustellen?					
Diese Liste würde die häufigsten hausärztlichen Diagnosen enthalten, die Anforderungen der „ambulanten Kodierrichtlinie“ entschärfen und - wegen der weitgehenden Einheitlichkeit - auch eine bessere hausärztliche Versorgungsforschung ermöglichen. Zusätzliche Verwendung von Kodierungen von Spezialisten oder Kliniken wären möglich, denn es bliebe ja ICD-10.					
	nein	ungern	vielleicht	gerne	sofort
A Ärztin/ Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Mitarbeiter/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

Befragung zur Diagnosen-Kodierung

Wofür ist Ihnen eine Diagnose-Codierung wichtig?				
eigene Dokumentation	Therapiebegründung	Abrechnungsbegründung	RSA-Finanzierung der Kassen	Sonstiges (bitte ausführen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Persönliches/Praxisstruktur	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Alter	30-34 <input type="checkbox"/>	35-39 <input type="checkbox"/>	40-44 <input type="checkbox"/>	45-49 <input type="checkbox"/>	50-54 <input type="checkbox"/>
	55-59 <input type="checkbox"/>	60-64 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>		

Niedergelassen seit	vor 1980 <input type="checkbox"/>	1980-84 <input type="checkbox"/>	1985-89 <input type="checkbox"/>	1990-95 <input type="checkbox"/>	1995-99 <input type="checkbox"/>
	2000-04 <input type="checkbox"/>	2005-09 <input type="checkbox"/>	2010 <input type="checkbox"/>	Niederlassung geplant <input type="checkbox"/>	

Niedergelassen als	Hausarzt / Allgemeinarzt <input type="checkbox"/>	Spezialist <input type="checkbox"/>	Ermächtigtter <input type="checkbox"/>		
	Spezialisten bitte Fachgebiet eintragen				

Niedergelassen in:	Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	Gem.praxis <input type="checkbox"/>	MVZ <input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/>	
	Zuständige KV			PLZ Praxis	

Ärztzahl in Praxis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	6-10 <input type="checkbox"/>	>10 <input type="checkbox"/>			

Mitarbeiter Vollzeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	6-10 <input type="checkbox"/>	>10 <input type="checkbox"/>			
Mitarbeiter Teilzeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	6-10 <input type="checkbox"/>	>10 <input type="checkbox"/>			

Praxis-EDV	Bitte eintragen				
------------	-----------------	--	--	--	--

Dokumentationsart	EDV <input type="checkbox"/>	Papier <input type="checkbox"/>	Mischform <input type="checkbox"/>		
-------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Scheinzahl	< 500 <input type="checkbox"/>	500 – 999 <input type="checkbox"/>	1000 – 1499 <input type="checkbox"/>	1500 – 2000 <input type="checkbox"/>	> 2000 <input type="checkbox"/>
------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---	---	------------------------------------

Patientenstruktur	Land <input type="checkbox"/>	Stadt <input type="checkbox"/>	Großstadt <input type="checkbox"/>	Eigene Angaben	
-------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------	--

Haben Sie bereits an der Kodierungs-Umfrage der PRACTICA 2010 teilgenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
---	--------------------------------	----------------------------------	--	--	--