



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Zi-Forum Kodierunterstützung für die vertragsärztliche Versorgung,
Berlin, 16.11.2017

Einführung: Bedeutung der Dokumentation für die vertragsärztliche Versorgung

Dr. Dominik von Stillfried

Pressemitteilung der Bayrischen Landesärztekammer vom 10.11.2017

Dr. Max Kaplan, Präsident der BLÄK fordert im Leitartikel des Bayrischen Ärzteblatts 11/2017 vom 10.11.2017:
„Die ärztliche Ausbildung muss wissenschaftlich sein.“

... nicht nur um wissenschaftlich zu arbeiten, sondern auch um wissenschaftlich zu denken, was unabdingbar für eine erfolgreiche Betreuung der Kranken sei.

Eine wissenschaftliche Ausbildung an einer Universität diene im Fach Medizin der Schulung einer **kritischen Herangehensweise an die Fachprobleme**, dem **Erkennen von Fehlern in kritischer Selbstreflexion** und schließlich der **Gesundheit des Patienten**.

Grundlage

Grundlage wissenschaftlich basierten ärztlichen Arbeitens ist die ärztliche Dokumentation von

- Behandlungsanlass
- Maßnahme/Verlauf
- Ergebnis

– in (statistisch) auswertbarer Form

Wer Recht hat, heilt

methodische Grundlagen der klinischen Forschung

THE ROCK CARLING FELLOWSHIP

1971

EFFECTIVENESS AND EFFICIENCY

RANDOM REFLECTIONS ON
HEALTH SERVICES

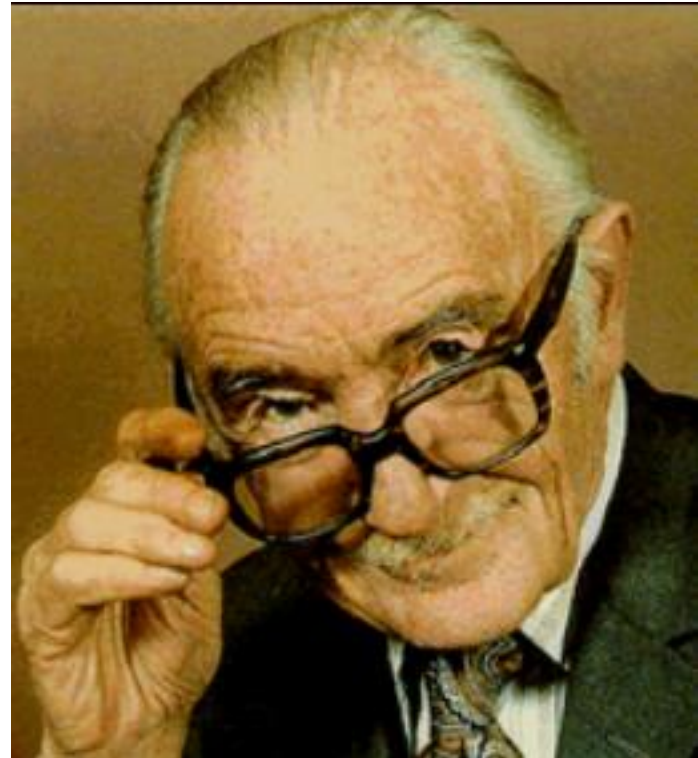
A. L. Cochrane

CBE, FRCP

*Director
MRC Epidemiology Unit
Cardiff*

THE NUFFIELD
PROVINCIAL HOSPITALS TRUST

1972



Cardiff University Library, Cochrane Archive

Cochrane Collaboration
(Evidenzbasierte Medizin,
Sammlung von RCTs)



Cochranes Vision (Plädoyer für Versorgungsforschung)

Wer Daten nutzt, heilt besser

We have still to take a look into the future and see what the NHS would look like if all this research was completed and implemented in order to look at the financial consequences. I see one major change occurring with which several other minor changes are associated. The main change will be the movement of the centre of gravity of medicine from the hospital to the community, associated with a rise in the importance of the GP in relation to the consultant, and the disappearance of the pathologist as the final medical arbiter. He has held that position since the time of Virchow because he could tell the consultant whether his diagnosis was right or wrong. This is a valuable but minor function. He will be replaced by the medical scientist who will measure the effectiveness and efficiency of therapy in the hospital and the community and in conjunction with social scientists assess the adequacy of community care.

AL Cochrane (1971) Effectiveness and Efficiency, p. 83





10.07.2017 | PRESSEMITTEILUNG: 083/2017

Bessere Therapien dank Medizininformatik

BMBF fördert Medizininformatik mit über 150 Millionen Euro / Wanka: "Patientinnen und Patienten noch besser beraten und behandeln"

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) stellt mit seiner Medizininformatik-Initiative die Weichen für eine wirkungsvolle digitale Medizin, die beim Patienten ankommt. Ziel ist es, die wachsenden Datensätze – von Röntgenbildern bis hin zu Erbgut-Analysen – in einer nationalen Infrastruktur zu verknüpfen, um daraus neues Wissen für eine bessere Gesundheitsforschung und Versorgung zu gewinnen.

Grundlagen von Versorgungsforschung & Big Data in der Medizin?

Informationen müssen durch ein Ordnungssystem gegliedert, auffindbar und auswertbar gemacht werden.

Notwendig: Übertragung von Sprache in **medizinische Nomenklaturen**, so z.B. Systematisierte Nomenklatur der Medizin (SNOMED)

Ziele von SNOMED: medizinische Aussagen so zu indizieren, dass

- die inhaltlichen Elemente der Aussage vollständig erfasst werden,
- Suchanfragen mit hoher Trefferquote und Präzision durchgeführt werden können,
- Querverbindungen zu Wissenssammlungen und Literaturdatenbanken hergestellt werden können,
- Entscheidungen zum weiteren klinischen Vorgehen unterstützt werden können.

Routinedaten: verpflichtende Kodierung für Abrechnungszwecke (ICD, EBM, OPS, DRG)

Primäre Nutzung:

- Vergütung der Praxis/des Krankenhauses,
- Prüfung der Plausibilität und Wirtschaftlichkeit
- Grundlage von Finanzierungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und (Kollektiv-)Vertragspartnern

Funktionen:

- abrechnungsbegründende Unterlage,
- Begründung des notwendigen Behandlungsbedarfs (Vereinbarung über die aufgrund der Versichertenstruktur notwendigen Leistungsmenge)

Sekundäre Nutzung (I):

- morbiditätsbedingter Risikostrukturausgleich der Krankenkassen

Sekundäre Nutzung (II):

- Versorgungsforschung

Erwartungen des Gesetzgebers

Morbiditätsbedingter Risikostrukturausgleich:

- Unterschiede in der Alters-, Geschlechts- und Krankheitsstruktur der Versicherten begründen systematisch unterschiedlich hohe Ausgaben
- je genauer die Zuweisung von Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkasse das Kostenrisiko eines Versicherten abbilden,
- desto geringer der Anreiz zur Risikoselektion bei den Krankenkassen,
- desto fairer und effizienter das solidarische Versicherungssystem

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:

- Die Krankenkassen sollen alle finanzielle Lasten, die aus der Erbringung medizinisch notwendiger vertragsärztlicher Leistungen für ihre Versicherten entstehen (durch Versichertenstruktur begründete Prognose des Behandlungsbedarfs)
- Veränderung in der Alters-, Geschlechts- und Krankheitsstruktur der Versicherten in einer KV-Region begründen die Veränderung der Gesamtvergütung

Probleme

„Für Hausärztin Wende ist die Abrechnung das kleinere Problem, weil ihre Praxisassistentinnen ihr hier viel abnehmen. Als belastend empfindet sie jedoch die Pflicht, ihre Diagnosen nach ICD-10 zu verschlüsseln. *„Zu mir kommen Patienten, die sagen: ‚Mir ist so komisch‘ oder ‚Mir geht’s nicht gut. Ich hab Stress mit meiner Freundin.‘ Versuchen Sie einmal, das in einen ICD-Code zu übertragen.“* Das kostete viel Zeit und Überlegung.

Wende ist durchaus bewusst, dass von der gewissenhaften Dokumentation des Krankheitsgeschehens letztlich die Höhe der Gesamtvergütung und damit indirekt das eigene Honorar abhängt. Für die eigene medizinische Dokumentation nütze ihr die Verschlüsselung aber nichts. Die Folge ist eine „doppelte Buchführung“, Ärger über die verlorene Zeit und dann noch die Unsicherheit, ob etwaige Kodierfehler später einmal sanktioniert werden. Denn: *„Das, was ich mit dem Patienten bespreche, kann man nicht in Ziffern pressen.“*

Korzillius H, Flintrop J Bürokratie in Praxen und Krankenhäusern: Vom Versuch, den Alltag in Ziffern zu pressen. Dtsch Arztebl 2012; 109(13): A-634 / B-550 / C-546

Probleme

- Häufigkeiten aller gesicherten ambulanten Diagnosen je 100.000 Versicherte unterscheiden sich stark zwischen den Krankenkassenarten
- Bei einigen Diagnosen: nennenswerte Anstiege der Diagnosenennungen ab dem Zeitpunkt, ab dem die jeweilige Diagnose RSA-relevant wurde.
- Aber: in den an das BVA gemeldeten Daten keine im Vergleich zur Epidemiologie auffällig hohen Erkrankungsraten
- Daher: keine eindeutige Beurteilung, ob Anstiege der Diagnosehäufigkeiten auf Maßnahmen zur Beeinflussung des Kodierverhaltens zurückgehen
- Trotz vorliegender Belege für Manipulationsversuche von Krankenkassen, keine Empfehlung auf die ambulanten Diagnosen im Morbi-RSA zu verzichten
- Sachverständigenrat empfiehlt eine Reihe von Maßnahmen zur Vereinheitlichung der Datengrundlagen im RSA, u.a. Einführung von **Kodierrichtlinien**

Droesler, Garbe, Hasford, Schubert, Ulrich, van de Ven, Wambach, Wasem Wille. Zusammenfassung. Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn, 30.09.2017

Anforderung

- Gute Dokumentation ist unbestritten notwendig; hierzu gehört die Kodierung von Behandlungsanlässen gemäß ICD-10
- Sofern Kodierung sachgerecht, einfach und schnell erfolgen kann, können Daten auch für die eigene Reflexion des Praxisgeschehens sowie für Praxisübergreifende Kooperationen von großer Bedeutung sein
- Insbesondere Diagnosedaten haben eine zunehmende Bedeutung für Versorgungsforschung (Selbstreflektion, Begründung notwendiger Entwicklungen), Vergütung und Steuerung der Versorgung
- Anspruch an Dokumentation und Realität des Praxisalltags müssen in möglichst große Übereinstimmung gebracht werden:

Kodierhilfe statt Kodierrichtlinien

- Vereinfachung
- Verbesserung der Präzision
- technische Lösungen

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Salzufer 8
10587 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de

